1884
Lane Medical Libr

Beiträge

zur

Lehre vom Magenkrebs.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe.

Vorgelegt der

hohen medicinischen Facultät der Universität Göttingen

von

Rudolf Raësfeldt

aus Hildesheim.

Göttingen,

Druck der Univ. Buchdruckerei von E. A. Huth.

1884.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0065

Von den Patienten, welche in der Zeit vom 1. April 1877 bis zum September 1882 in der medicinischen Klinik zu Göttingen an Magencarcinom behandelt wurden, sind 16 daselbst auch zur Section gelangt. Diese Fälle sind in so mancher Beziehung lehrreich, dass es wohl der Mühe werth sein dürfte, sie der Oeffentlichkeit zu übergeben; namentlich der vierte Fall ist in Bezug auf die Diagnose des Magenkrebses von grossem Interesse. Doch um nicht vorzugreifen, wollen wir der Reihe nach die einzelnen Fälle mittheilen.

I.

Ehefrau Katharine Müller, 53 Jahre alt, wurde am 17. Juni 1877 in die medicinische Klinik zu Göttingen aufgenommen.

Anamnese:

18. VI. 77. Die Eltern der Patientin sollen gesund gewesen sein; die Mutter ist jedoch früh gestorben. Patientin ist Mutter von 6 Kindern, von denen 3 an Halsleiden gestorben sein sollen, während die übrigen 3 angeblich gesund sind.

Sie selbst will bis vor 10 Jahren stets gesund gewesen sein; da sei sie zum ersten Male krank geworden und hätte dreiviertel Jahre lang an starken Durchfällen gelitten. Auch habe sich innerhalb dieser Zeit Wassersucht bei ihr eingestellt, die jedoch nach vierteljährigem Bestehen, ohne Schaden angerichtet zu haben, wieder

verschwunden wäre. Sodann sei Patientin vor 3 Jahren abermals erkrankt, und zwar hätte sie stets einen Druck in der Magengegend und dumpfe Schmerzen oberhalb des Nabels gehabt, welche beim Bücken heftiger geworden wären. Dabei soll der Appetit leidlich und der Stuhlgang regelmässig, aber hart gewesen sein. Von Zeit zu Zeit will Patientin an den Ausleerungen Streifen flüssigen Blutes bemerkt haben. Seit Weihnachten vorigen Jahres hätten sich ihre Schmerzen gesteigert; sie hätte stets einen schlechten Geschmack im Munde gehabt und saueres Aufstossen; die Speisen hätte sie nur mit dem grössten Wiederwillen genossen, und so wäre sie denn in der letzten Zeit ungemein abgemagert. Vor 4 Wochen habe Patientin so heftige Schmerzen bekommen, dass sie geglaubt hätte, sterben zu müssen. Vor 14 Tagen will sie wieder dicke Beine bekommen haben, und seit 8 Tagen soll auch der Bauch geschwollen sein.

Status praesens:

Es handelt sich um eine kleine, schwache, sehr abgemagerte Frau, deren schweres Leiden sich in ihren Gesichtszügen ausgeprägt hat. Der Puls ist klein und leicht zu unterdrücken, die Pulsfrequenz 20 in der Minute. Die Percussion und Auscultation der Lunge und des Herzens ergeben normale Resultate; die Leber befindet sich in den normalen Grenzen. Die untere Bauchgegend ist bis 1 Finger breit über den Nabel aufgetrieben, und die Percussion ergibt hier hohen tympanitischen Schall. Oberhalb des Nabels rechterseits fühlt man eine Härte, welche sich auf die Pylorusgegend erstreckt; diese Härte ist druckempfindlich. Auf dem Fussrücken und an den Knöcheln beider untern Extremitäten befindet sich ein mässiges Oedem, welches nach oben bis an die Kniee sich erstreckt.

Der Harn reagiert sauer, ist frei von Eiweiss und hat eine röthlich trübe Farbe. Seine Menge beträgt in 24 Stunden 450 gr., sein specifisches Gewicht ist 1006. Patientin klagt über Appetitlosigkeit, saueres Aufstossen und harten Stuhlgang. Am After zeigen sich einige geschwollene und geröthete Schleimhautfalten mit leichten Erosionen und ausgedehnten Venen.

Die Schmerzen und Beschwerden der Patientin nahmen indessen beständig zu und gingen Hand in Hand mit dem Verfall der Kräfte, bis am 27. Juli 1877 morgens 6½ Uhr der Tod erfolgt. Patientin hatte namentlich am letzten Tage ungemein heftige Schmerzen, doch bis zuletzt ein klares Sensorium. Die Diät der Kranken bestand in Milch, Bouillon, Wein, Eiern und Zwieback. An Medicamenten bekam sie Extr. carn. Lieb. rec. par. — Syr. ferr. jodat. u. Morph. subcutan. Die 1. Injection am 27. Juni. Alle paar Tage wurde der Magen mit Kochsalzlösung ausgespült, wodurch im Anfange eine grosse Menge sauer reagierender Speisereste entleert wurde. Später reagierte das Spülwasser neutral. Die Ausspülungen wurden gut vertragen und bekamen der Patientin gut.

Sections-Diagnose:

Ulcus carcinomatosum Pylori. Dilatatio et Hypertrophia ventriculi; Atrophia fusca cordis, lienis et hepatis. Atrophia levis renum; anaemia permagna, Marasmus-Hydrops Ascites et Anasarca.

In der Bauchhöhle findet sich eine reichliche, klare Flüssigkeit angesammelt. Die Dünndarmschlingen sind in geringem Maasse ausgedehnt; der Dickdarm dagegen ist stark durch Gase aufgetrieben. Das Colon transversum zieht in einem doppelten Bogen weiter abwärts und wieder zurück und ist am meisten ausgedehnt. Auch

der Magen ist stark dilatiert, aber grössten Theils durch Flüssigkeit. Am Pylorustheil desselben findet sich eine schon von aussen fühlbare Anschwellung von etwas höckeriger Beschaffenheit und fester Adhärenz mit dem Netz, das zugleich stark verdickt und verdichtet und nach oben zurückgeschlagen ist. Die Leber ist sehr klein und ganz im rechten Hypochondrium verborgen.

Bei der Eröffnung des Magens entleert sich eine sehr reichliche, mit vielen grauen Flocken vermischte Flüssigkeit, die stark sauer riecht. Die Magenschleimhaut ist grössten Theils entfärbt, die Wandungen sind dabei erheblich verdickt. Am Pylorustheil, der die stärkste Erweiterung zeigt, treten die einzelnen Muskelbündel besonders diejenigen, welche in circulärer und schräger Richtung verlaufen, sehr deutlich hervor. Der Pylorus selbst wird vollständig eingenommen von einer circulären höckerigen Geschwulstmasse, welche sich mit mehren fast markigen Knoten in und vor dem Pylorus erhebt. Einer von diesen Knoten ragt weit in das Duodenum hinein. Hierdurch entsteht eine halbmondförmig gekrümmte Spalte, welche gerade noch dem Zeigefinger den Durchtritt gestattet. Auf dem Durchschnitt sieht man eine markige, graue, von gelblichen Flecken und Streifen unterbrochene Masse. Die Oberfläche erscheint lebhaft geröthet durch reichliche Gefässentwickelungen, die stellenweise arrodiert sind. Im ganzen Darm, besonders im Dünndarm stösst man auf einen schwach gallig gefärbten Schleim, im Coecum und Colon auf bräunliche an blutige Beimengungen erinnernde Fäcalmassen. Die Schleimhaut ist allgemein blass.

Untersucht man die Geschwulst mikroskopisch, so ergibt sich: Ein weicher Medullarkrebs mit grossen Alveolarzellen, die umgeben sind von spärlichem Bindege-

webe, das selbst wieder kleinzellig infiltriert ist. Hier und da findet sich fettige Degeneration.

Epikrisen:

Dieser Fall zeigt, von wie wohlthätigem Einfluss die Ausspülungen des Magens bei Stenosierung des Pylorus sein können. Werden überhaupt derartige Ausspülungen vertragen, so verschaffen sie dem Patienten stets Erleichterung; sie entfernen die oft immensen Massen der Ingesta, die sich in um so stärkerer Zersetzung befinden, je länger sie sich im Magen bereits aufgehalten haben. Indiciert sind also die Magenausspülungen bei Dilatation des Magens, die durch einen mehr oder weniger vollständigen Verschluss des Pylorus entstanden ist. Nicht selten sieht man bei derartigen Stenosen eine beträchtliche Hypertrophie der Muscularis, eine Arbeits-Hypertrophie, wie in unserm Fall.

II.

Marie Schrader, Zimmermannsfrau aus Göttingen, 60 Jahre alt, wurde aufgenommen am 13. Decbr. 1877.

Anamnese:

Patientin klagt über Schwäche und geschwollene Beine. Die Schwäche sei entstanden in Folge eines Blutverlustes in diesem Sommer. Beim Waschen kam ihr das Blut aus dem Munde; sie ging nach Hause und erbrach dort noch 2 Schalen voll Blut. Gehustet hat sie dabei nicht; vorher will sie ganz gesund gewesen sein, namentlich hätte sie nie gehustet und gebrochen und stets einen guten Appetit gehabt. Das erbrochene Blut soll klumpig, dunkel, nicht schaumig gewesen sein; Speisen wären dabei nicht mit erbrochen. Die Kranke legte sich damals zu Bett und gebrauchte einen Arzt.

Ob während der 3 Wochen, die sie meistens im Bette zubrachte, jemals Blut im Stuhle gewesen ist, vermag sie nicht anzugeben. Patientin hat sich seitdem nicht recht wieder erholt, seit reichlich 3 Wochen „geht es gar nicht mehr", obgleich sie ab und zu das Bett verliess. Die Beine sind seit Herbst geschwollen; im Liegen schwindet die Geschwulst, nach dem Verlassen des Bettes tritt sie wieder hervor. Der Appetit war bis jetzt gut, Patientin hat in der ganzen Zeit weder gebrochen noch gehustet; dagegen hat sie Durchfall; sie ist am Tage 2 bis 3 mal zu Stuhle gegangen. Der Schlaf ist gut; über besondere Schmerzen wird nicht geklagt. Vor 24 Jahren hat Patientin ein todtes Kind geboren; es sei dies eine schwere Zangengeburt gewesen; das Wochenbett hätte 9 Tage gedauert. Die Periode soll seit dem 19. Jahre regelmässig gewesen sein und mit dem 49. Jahre aufgehört haben.

Status praesens:

Die Kranke hat ein klares Sensorium; sie ist sehr blass, ihre Zunge ist blass, ebenso die sichtbaren Schleimhäute. Die Lippen zeigen eine leichte Cyanose. Oedeme sind im Gesicht nicht vorhanden, dagegen an den obern Extremitäten. Der Radialpuls ist schwach, die Arterie verläuft gerade. Die Pulsfrequenz beträgt 88, die Athemfrequenz 28 in der Minute. Die untern Extremitäten sind beide stark geschwollen und zwar gleichmässig; sie sind blass und hinterlassen nach Fingerdruck Gruben. Die Oberarme sind nicht ödematös. Die Ernährung ist dürftig. Die Supra- und Infraclavicular-Gruben sind eingesunken. Der Thorax hebt sich mühsam und ungleichmässig.

Die Percussion ergibt über der rechten Supraclavicular-Grube Dämpfung, ebenso über der rechten Clavi-

cula. Bis zur 3. Rippe rechts hat der Percussionsschall einen leichten tympanitischen Beiklang. Dann hat man intensivere Dämpfung, die erst aufhört 4 querfingerbreit unter dem Rippenbogen in der Mamillarlinie rechts. Der Spitzenstoss befindet sich zwischen 5. und 6. Rippe, er ist von normaler Grösse, Höhe und Ausdehnung; seine Resistenz ist nicht unbedeutend. Die Haut des Thorax ist ödematös. Das Sternum ist von der 4. Rippe an gedämpft. Die Herzdämpfung ist etwas vergrössert.

Die Auscultation ergibt von der rechten Spitze bis zur 3. Rippe abgeschwächtes Athmen, links scharfes vesiculäres Athmen mit protrahiertem Exspirium. An der untern Hälfte der vordern Thoraxfläche hört man schwaches bronchiales Athmen. Der erste Herzton an der Herzspitze ist etwas lang gezogen; sonst sind die Herztöne rein.

In der rechten Axillarlinie ergibt die Percussion eine Dämpfung die beinahe bis in die Axelhöhle hineinreicht. Am Rücken sind sehr starke Oedeme. Rechts hinten unten befindet sich eine ausgedehnte Dämpfung die intensiv wird von der Mitte der Scapula an. Das Athemgeräusch in den oberen Lungenpartien und links hinten unten ist vesiculär mit protrahiertem Exspirium. Im Bereich der Dämpfung dagegen hört man entferntes bronchiales Athmen ohne Rasselgeräusche. Bei Lageveränderung ändert sich auch die Grenzlinie der Dämpfung. Am Bauche gewahrt man reichliche Risse, im rete Malpighi sodann eine Nabelhernie, die leer ist; der Nabelring hat die Grösse eines Zweimarkstücks. Unterhalb des Nabels ist der Bauch aufgetrieben. Die Leber lässt sich verfolgen bis in die linke Axillarlinie, links unten bis 4 querfingerbreit unter den Rippenbogen. Man kann den Leberrand umbiegen. In der Medianlinie

fühlt man eine Incisur. Weit schwieriger ist der rechte Leberlappen zu fühlen, der zurückgesunken ist. Er reicht handbreit unter dem Rippenbogen hervor. Am linken Leberlappen fühlt man einzelne Unebenheiten, ausserdem fühlt man am untern, scharfen Rande der Leber eine höckerige Geschwulst in der Medianlinie, die in die rechte und linke Seite je 2 querfingerbreit hineinragt. Die Palpation ist weder am Tumor noch an der Leber schmerzhaft. Die Milzdämpfung erscheint vergrössert; zu palpieren ist die Milz nicht. Im Bauche lässt sich keine Fluctuation nachweisen; durch die Percussion dagegen kann man das Vorhandensein von Flüssigkeit im Bauche feststellen. Diese Flüssigkeit ragt 3 cmt. über die Symphyse empor. Im übrigen ist der Percussionsschall über dem Bauche tympanitisch. — Die Auftreibung des Magens durch CO^2 ergibt: Tiefstand des Magens und Erweiterung desselben, der Tumor ist beweglich, er liegt rechts vom Nabel, er beginnt etwa 3 bis 4 ctm rechts von der Medianlinie unterhalb des Leberrandes.

Therapie: Decoct. cort. Chin. 10,0 (180,0).

Die am Abend vorgenommene Untersuchung des Tumors ergibt, dass man ihn vom Nabelring aus sehr gut erreichen kann, er hat die Grösse einer Wallnuss und eine höckerige Oberfläche.

14. XII. Patientin hat ziemlich gut geschlafen und fühlt sich leidlich wohl. Im Harn ist kein Eiweiss, er filtrirt nicht ganz klar. Eine Probepunction des Thorax mit der Pravaz'schen Spritze ergibt einen einfach serösen Erguss.

15. XII. Der Schlaf war wegen der Dyspnoe unruhig. Die Dämpfung reicht bis zur 4. Rippe. Da

Collaps sich einstellte bekommt Patientin eine Injection von Campher.

16. XII. Extract. Strychni aquos. 0,1 (150,0).

17. XII. Status idem. Bismuth. subnitric.

18. XII. Der Schlaf war wegen Durchfall unterbrochen. Die Dämpfung reicht bis zum untern Rande der dritten Rippe. Am scharfen Leberrande über dem Nabel sind einzelne grobkörnige Erhabenheiten palpierbar, die sich nicht verschieben lassen. Ihrer Consistenz und Formation nach kann man sie, da der Magen stark herabgesunken ist, für Pancreas halten. Durch den Nabelring ist die Hebung und Senkung der Leber beim Athmen fühlbar.

19. XII. Am Abend des 18. und in der letzten Nacht hatte Patientin wieder mehrfach Durchfall. Der Tumor wächst.

20. XII. Die Durchfälle haben nachgelassen. Patientin fühlt sich wohler.

21. XII. Patientin hat 2 mal die Nacht Stuhlgang gehabt. Die Dyspnoe ist nicht mehr vorhanden. Der Tumor wird entschieden grösser.

22. XII. Gegen Nachmittag bekommt Patientin Angstgefühl und klagt über Schmerzen unter dem Sternum.

23. XII. Heute früh hat sich Heiserkeit eingestellt. Patientin befindet sich bis auf die Heiserkeit subjectiv wohl. Beide Arme sind ödematös, der rechte mehr als der linke. Gegen die Heiserkeit bekommt Patientin eine hydropathische Einwickelung.

24. XII. Status idem.

25. XII. Stuhlgang wenig nach 10 Tropfen Opiumtinctur. Patientin befindet sich subjectiv wohl. Die Heiserkeit ist nur noch gering.

26. XII. Patientin hat wenig geschlafen; sie fühlt

sich schwach. Die Heiserkeit hat wieder zugenommen. Stuhl erfolgte einmal in der Nacht.

27. XII. Patientin hat Trachealrasseln. Das Sensorium ist klar. Ueber der linken Lunge ist zahlreiches trockenes Rasseln zu hören. Rechts ist Dämpfung und bronchiales Athmen. Die Extremitäten sind kühl. Der Puls ist klein und leicht zu comprimieren. Die Herztöne sind rein aber schwach. Patientin bekommt 2stündlich 2 Decigramm Flor. Benz.

28. XII. Patientin hat wenig geschlafen, einmal Stuhlgang gehabt. Das Sensorium ist klar. Die Heiserkeit sehr bedeutend. Status in pulmonibus idem.

29. XII. In der Nacht hat Patientin deliriert. Stuhlgang ist wiederholt erfolgt. Bei der Visite ist das Sensorium nicht ganz klar. Schmerzen werden nicht geklagt. Die Zunge ist sehr trocken. Der Tumor im Bauche ist im Zunehmen begriffen. Status in pulmonibus idem. Die Herztöne sind rein. Der Puls ist klein und schwach. Icterus ist nicht vorhanden.

30. XII. Der Schlaf war ziemlich gut. Patientin hat vielfach unter sich gehen lassen; sie hustet viel. Das Oedem der rechten Hand soll gestern Abend bedeutend vermindert gewesen sein; heute Morgen ist es eher etwas stärker. Patientin ist sehr apathisch; sie reagiert schwer auf Anreden, Schmerzen klagt sie nicht. Die Betastung des Tumors ist nicht schmerzhaft. Die Zunge ist sehr trocken. Abends zählt man 100 Pulse. Der Puls setzt oft aus. Patientin ist sehr collabiert, sie delirierte am Nachmittag; sie ass heute Mittag noch ein wenig, verweigert aber jetzt Getränk und Nahrung.

31. XII. Die Herzaction ist regelmässiger. Patientin nahm sehr wenig Nahrung zu sich; sie befindet sich in einem comatösen Zustande; sie deliriert nicht; gegen

Abend schlief sie dreiviertel Stunden sehr ruhig; sie lässt alles unter sich gehen.

1.I.78. Status idem. Rechterseits macht sich eine Facialisparalyse bemerkbar, die Nasolabialfalte ist verstrichen. Der rechte Arm ist paretisch.

2.I. Status idem. Die Facialisparalyse ist stärker geworden. Das Sensorium ist frei; die Esslust gering. Der Tumor hat etwas zugenommen.

3.I. Patientin hat wenig geschlafen, lässt alles unter sich gehen. Harn ist mit dem Katheter nicht zu gewinnen. Geringe Bewegungen mit beiden Beinen gleich ausführbar. Das Sensorium ist klar. Patientin hat den Tag über etwas geschlafen; Schmerzen hat sie nicht. Auch am Abend ist das Sensorium frei. Der Tod erfolgt am 4.I. Morgens 4 Uhr.

Die vorgenommene Section ergab folgenden Befund:

Ulcus carcinomatosum pylori, in lobum sinistrum hepatis perforans. Peritonitis fibrinosa adhaesiva incipiens. Hepar moschatum. Carcinosis pleurae pulmonalis costalis diaphragmaticae dextrae, Endocarditis chronica verrucosa mitralis. Hyperplasia lienis. Carcinomata mesenterii partim cum abscessibus. Perimetritis chronica adhaesiva. Hydrops tubae utriusque.

Epikrise:

Ist der Pylorus stenohiert, so kann es, wie in diesem Fall vorkommen, dass der Magen nicht nur dilatiert ist, sondern auch seine Lage verändert, indem er durch seine Schwere nach unten sinkt. Der Pylorus war in seiner Lage geblieben, da er mit dem linken Leberlappen verwachsen war; innerhalb der Verwachsung war das Krebsgeschwür in die Leber durchgebrochen, welcher Vorgang intra vitam keine Erscheinungen gemacht hat.

Auffallend in unserm Falle ist das Fehlen der Schmerzen, selbst bei Druck auf den durchzufühlenden Tumor klagt Patientin über keine Schmerzen. Ist man jedoch, wie hier, im Stande, den Tumor von Tag zu Tag, ich möchte sagen, unter den Händen wachsen zu sehen, so kann man dreist auf das ohnehin ungewisse und inconstante Symptom der Schmerzen verzichten.

III.

Justus Oberdiek, Schneider, 60 Jahre alt, aus Bovenden, wurde aufgenommen am 4. Mai 1878.

Anamnese:

Patient will bis vor einem Jahre immer gesund gewesen sein. Er wurde damals angeblich gelb im Gesichte und leidet seitdem an Magenbeschwerden. Verschiedene Speisen, namentlich Kartoffeln, fettes Fleisch und saure Sachen konnte er nicht geniessen. Nach Genuss von derartigen Speisen trat beim Patienten saueres Aufstossen, Uebelkeit und Erbrechen von dünnflüssigen Massen ein. Der Stuhlgang soll immer regelmässig gewesen sein. Vor 8 Tagen jedoch hatte er sehr reichlichen schwarz aussehenden Stuhl.

Status praesens:

6. V. Es handelt sich um einen blassen, kachectisch aussehenden Mann von gracilem Knochenbau, schlaffer Muskulatur und fehlendem Panniculus adiposus. Die Haut ist trocken und schilfert ab. Die Temperatur ist normal, die Pulswelle sehr klein. In der Minute zählt man 84 Pulse und 28 Respirationen. An den Unterschenkeln sind Oedeme. Der Bauch ist besonders in seinen untern Partheen aufgetrieben, in der Magengegend ist er sehr empfindlich; überhaupt zeigt der ganze Bauch eine gewisse Druckempfindlichkeit, und ist, soweit die

Magengrenzen gehen, ziemlich resistent. Der Percussionsschall ist bis 3 cmt. unterhalb des Nabels tympanitisch. Ein Erguss entzündlicher Natur ist im Bauch nachzuweisen. Die Leber beginnt zwischen 6. u. 7. Rippe; an der 6. Rippe ist die Verbindung zwischen Knorpel und Knochen sehr schmerzhaft, auch ist hier das Perichondrium verdickt. Die Leber überragt rechts die die vordere Axillarlinie und den Rippenbogen um 2 cmt. Der linke Leberlappen bleibt 4 querfingerbreit vom Nabel entfernt. Die Milz ist nicht durchzufühlen. Die Dämpfung derselben erscheint etwas grösser als normal. Der Stuhlgang ist abwechselnd dünn und fest. Die Urinmenge ist auffallend gering, nicht 500 cbkcmt. Der Urin ist reich an sedim. laterit. frei von Eiweiss.

Das linke Bein ist lahm; die Wirbelsäule nach rechts skoliotisch und leicht kyphotisch gekrümmt. Die Percussion des Thorax ergibt vorn rechts bis zur 2. Rippe eine leichte Dämpfung. Der Spitzenstoss ist kaum fühlbar. Die Herztöne sind schwach, dumpf aber rein. Das Athmungsgeräusch ist vorn beiderseits vesiculär, rechts etwas schärfer als links. Eine Aufblähung des Magens durch CO^2 ergibt, dass er dilatiert und nach unten dislociert ist; er überragt den Nabel nach unten um 7,5 cm, nach oben um 15,0 cm, nach links um 13,5 cm, nach rechts um 11,5 cm. Das Exsudat reicht bis 3 cm unter den Nabel.

Therapie: Tinct. Chin. comp. u. Syr. ferr. jodat.

Am 11. Mai lässt sich 1 querfingerbreit oberhalb des Nabels etwas nach rechts eine kastaniengrosse, oberflächliche, auf Druck empfindliche, härtliche Geschwulst palpieren. Die übrige Magengegend ist auch druckempfindlich, besonders zwischen processus xiphoideus und Nabel.

Von Tag zu Tag nehmen die Schmerzen im Bauche zu, die dem Patienten die Nachtruhe rauben; er bekommt dieserhalb Morphium-Injectionen. Sehr lästig ist dem Kranken eine ziemlich hochgradige, hartnäckige Flatulenz die mit Pfeffermünzthee bekämpft wird. Der Appetit wird stets geringer, Uebelkeit und Aufstossen nehmen zu; gebrochen hat Patient am 9. Juni zum Theil flüssige, zum Theil feste Massen von schmutzig rother Farbe, die angeblich herrührt vom Genuss von Pflaumenmus; seitdem hat sich das Erbrechen öfter eingestellt. Die Dämpfungslinie im Bauch steigt langsam aber stetig höher, sodass sie schliesslich die Nabelhöhe etwas überragt. Die Oedeme der Unterschenkel nehmen zu; es tritt auch Oedem an den obern Extremitäten ein. Die Herzaction wird allmählich immer schwächer. Am 2. Juni bekommt Patient Decubitus in der Lendengegend. Ueber den Lungen ist auch hinten unten etwas Dämpfung aufgetreten, woselbst vereinzelte Rasselgeräusche zu hören sind.

Am 12. Juni fängt sich beim Patienten ein Coma an auszubilden, das allmählig immer stärker wird, trotzdem er zweistündlich 20 Tropfen Tinct. opii benz. bekommt. Nahrung nimmt Patient mit dem grössten Widerstreben zu sich, bestehend aus Milch, Bouillon und Wein. Der Urin wird mit dem Katheter entleert, er ist wie stets zuvor spärlich und frei von Eiweiss. Die Augen des Patienten werden glanzlos und sind nach oben gerichtet, so dass die Pupillen vom obern Lide bedeckt sind. In diesem Coma erfolgt schliesslich am 15. Juni 8 Uhr Abends der exitus letalis.

In Bezug auf den Bauch im allgemeinen, speciell auf Magen und Leber ergab die Section folgendes: (Was

die Autopsie der übrigen Organe anlangt, so verweise ich auf die unten folgende anatomische Diagnose).

Es handelt sich um eine aufs äusserste abgemagerte männliche Leiche mit deutlicher icterischer Färbung der Haut und Conjunctiva. Die Bauchdecken bieten das Gefühl der Fluctuation. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich ca. 2 Liter einer intensiv icterischen, wässerigen, unklaren Flüssigkeit. Der vordere Leberrand ist mit den Bauchdecken an einer Stelle verwachsen. Die Dünndärme sind ganz nach links verschoben; sie haben die Dicke eines Fingers. Der rechte Leberlappen ragt nicht unter dem Rippenbogen hervor, aber der linke um 3 cmt. unter dem processus ensiformis. Der Magen und das Colon sind von Gas aufgetrieben. Das Zwerchfell ragt rechts bis an den fünften untern Rippenrand, links bis an den vierten.

Der Magen ist mit dem Diaphragma und dem linken Leberlappen verwachsen. In der Nähe der Verwachsungsstellen haben sich auf der Serosa flache Geschwulstmassen entwickelt. Auf der Schleimhaut an der Cardia befindet sich ein etwa fünfmarkstückgrosses Geschwür mit wallartigen, zum Theil fungös überhängenden Rändern. Der obere Rand des Krebses reicht bis dicht an die Grenze des Oesophagus heran, greift aber nicht auf diesen über. In der Nähe des Carcinoms liegt in der Schleimhaut eine grössere Zahl meist linsengrosser, grauer Geschwulstknötchen. Die gesammte Schleimhaut des Magens ist stark geschwollen und geröthet, zum Theil auch schiefrig gefärbt.

Die Leber ist vergrössert und ganz durchsetzt von Krebsknoten, welche zum Theil Erbsengrösse besitzen, zum Theil aber Apfelgrösse erreichen und überschreiten. Die Knoten haben im ganzen ein weisslich graues Aus-

sehen, enthalten aber, je grösser sie sind, um so reichlicher kleine gelbe Flecken und Streifen. Die oberflächlich gelegenen lassen deutlich eine centrale Delle erkennen. Der Rest des Lebergewebes hat eine dunkelbraunrothe Färbung. In einigen kleineren Aesten der Pfortader sitzen derbe, zwar noch rothe, zum Theil der Wand aber schon adhärente Thromben. Der Hauptstamm ist frei. Auf dem peritonealen Ueberzug, der Leber und des Diaphragma sind keine Geschwulstknoten. Die Gallenblase ist stark gefüllt mit dunkelgrüner Galle.

Anatomische Diagnose:

Carcinoma ulcerosum der Cardia des Magens. Umschriebene, adhäsive Perigastritis mit Carcinom-Bildung auf der Serosa. Zahlreiche und grosse Carcinome der Leber. Thromben kleinerer Pfortaderäste. Pelveoperitonitis carcinomatosa. Geringe Schwellung der Milz. Geringe alte Nephritis. Starke Contraction des Darmes. Verkalkung der Arterien-Ascites. Hydrothorax. Oedem der Füsse. Adhaesive und calcificirende Pleuritis dextra. Katarrhalische Pneumonie an verschiedenen Stellen der rechten Lunge. Oedem der übrigen Theile dieser Lunge und des linken Unterlappens. Atrophie des Herzens. Kyphoscoliosis dextra. Icterus.

Eprikrise:

Nächst dem Pylorus sucht sich der Magenkrebs mit Vorliebe die Gegend der Cardia aus, so in diesem Fall. Greift das Carcinom auf den Oesophagus über, so hat man die untrüglichen und sehr charakteristischen Zeichen der Oesophagusstrictur, hier liess das Geschwür den Oesophagus intact. Bemerkenswerth sind die secundären Magencarcinome, welche sich zum Theil in der Serosa, zum Theil in der Schleimhaut massenweise finden. — Die hochgradigen Ernährungsstörungen, die fast

regelmässig mit dem Magencarcinom verbunden sind, führt man bekanntlich zurück erstens auf die Krebskachexie als solche, zweitens auf die mehr oder weniger stark ausgesprochene Localaffection im Magen. In unserm Falle dürfte wohl schon allein die locale Affection des Magens im Stande gewesen sein, die hochgradigen Ernährungsstörungen herbeizuführen; denn abgesehen von dem sehr grossen primären Ulcus ist der ganze Magen durchsetzt von multiplen secundären Carcinomen. Sonst zeigt die Schleimhaut die Zeichen des chronischen und acuten Katarrhs.

IV.

Frau Kaiser, Leinewebersfrau, 53 Jahre alt, aus Waake, wurde aufgenommen am 16. Juni 1878.

Anamnese:

Die Mutter der Patientin hat lange Zeit an „offenem Beine“ gelitten, woran sie schliesslich zu Grunde ging; der Vater starb am Nervenfieber. Patientin hat im 16. und 17. Jahre Geschwüre am Halse und an der Nase gehabt, von welchem Uebel sie durch vieles Leberthrantrinken geheilt wurde. Im 23. Jahre verheirathete sie sich und gebar 2 Jahre darauf einen noch lebenden Sohn, der viel an den Augen leidet. Die Regel war nicht abnorm, sie sistiert seit 8 Jahren. — Patientin litt seit einem Jahre viel an halbseitigen Gesichtsschmerzen, die einige Zeit nach Ostern, wo sich ihr jetziges Leiden entspann, aufhörten; öfters hat sie auch bitteres Aufstossen gehabt. Nach Ostern traten dann im Leibe, in der Obernabelgegend mehr rechts und in der Zone, die dem Duodenum entspricht, stechende Schmerzen auf, die sich allmählich steigerten und in den letzten 4 Wochen eine solche Intensität erreichten,

dass Patientin ihre Nachtruhe dadurch vollständig verlor. Der Appetit schwand. Brechen ist nie aufgetreten. Stuhlgang erfolgte alle 2 Tage, er war immer hart.

Patientin will seit Ostern stark abgemagert sein, in der letzten Zeit hat sie nur flüssige Nahrung zu sich genommen, weil sie nach Aufnahme von festen Sachen stets heftige Schmerzen empfunden hat.

Status praesens:

17. VII. Der Panniculus adiposus fehlt bei der Patientin, sie hat geröthete, etwas eingefallene Backen. Der Puls ist mässig voll, die Arterie ziemlich rigide. Man zählt 24 Respirationen in der Minute. Die Haut ist trocken die Epidermis schilfert ab.

Der Bauch ist aufgetrieben. Im Epigastrium bemerkt man eine Pulsation, die sich nach unten bis zum Nabel und seitlich 3 bis 4 cmt. über die Medianlinie erstreckt. Man fühlt in der Höhe des Nabels etwa 3 querfingerbreit unter dem Rippenbogen in der rechten Mamillarlinie eine taubeneigrosse Verhärtung; die nicht ganz eben und auf Druck empfindlich ist. Ebenfalls fühlt man in der Medianlinie eine Verhärtung im Epigastrium, die sich bis zum Nabel verfolgen lässt, und die in ihrer Lage dem linken Leberlappen entspricht. Dieselbe bewegt sich bei der Respiration, ebenso wie die andere Geschwulst, nur nicht in so hohem Grade, nach abwärts. Ein Zusammenhang zwischen beiden lässt sich nicht constatieren. Der linke Leberlappen, in dessen Bereich man die Pulsation deutlich fühlt, ist im ganzen verhärtet. Die Incisur fühlt man etwas rechts von der Medianlinie. Die Inguinaldrüsen sind etwa bohnengross angeschwollen. Nach Auftreibung des Magens durch CO^2 erweist er sich bei der Percussion als nicht sehr dilatiert. Die Milzdämpfung ist nicht vergrössert. Die

Leberdämpfung beginnt am untern Rande der 5. Rippe und erstreckt sich nach abwärts bis 3 cmt. unter den rechten Rippenbogen. Augenblicklich klagt Patientin über Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend. — Die rechte Supraclaviculargrube erscheint etwas tiefer als die linke. Der Thorax ist flach. Der Percussionsschall ist über den Spitzen und den Infraclaviculargruben, besonders rechts, nicht sehr laut. Die Auscultation ergiebt über beiden Spitzen rauhes Athmen, über der rechten Infraclaviculargrube hört man ebenfalls rauhes Athmen und vereinzelte Rasselgeräusche. Das Herz befindet sich in normalen Grenzen, die Töne sind rein Die Percussion der hintern Fläche der Lungen ergibt links hinten oben etwas Dämpfung. Patientin klagt über Schmerz unter dem rechten Scapularwinkel, woselbst der Percussionsschall im Vergleich mit dem der andern Seite etwas gedämpft ist. Die Auscultation ergibt hier rauhes Vesiculärathmen; über den Spitzen ist hinten beiderseits unbestimmtes Athmen; weiter nach unten ist links abgeschwächtes Athmen und etwas Katarrh. Die linke Lendengegend ist auf Druck empfindlich. Der Urin enthält ein starkes Sediment, das sich beim Kochen aufhellt.

Am 26. Juli lässt sich durch Percussion ein freibeweglicher Erguss im Bauche nachweisen, der bei Rückenlage sich 3 querfingerbreit über die Symphyse erstreckt; auch treten an den untern Extremitäten Oedeme auf, die allmählich wachsen. Der Appetit, der anfangs leidlich war, wird immer schlechter und fehlt schliesslich ganz. Der Stuhlgang ist sehr träge, er bleibt oft tagelang aus, weshalb Patientin sehr häufig Ricinusöl bekommt.

Am 10. August stellt sich zum ersten Male Erbrechen ein, was seitdem fast täglich wiederkehrt. Das

Erbrochene besteht aus schmutzig- grünlichen Massen, die stark sauer reagieren. Die Schmerzen der Patientin sind von Anfang an so heftig gewesen, dass vom ersten Tage ab Morphium-Injectionen nöthig waren; in den letzten Tagen bekam Patientin täglich 5 Morphium-Injectionen.

Am 19. August tritt bei der sehr heruntergekommenen Patientin Collaps ein, aus dem sie sich nicht wieder erholt. Bei vollständig freiem Sensorium stirbt Patientin am 20. August 10½ Uhr Morgens.

Was die Therapie anlangt, so bekam unsere Kranke ausser oben genanntem Ricinusöl und Morphium noch Decoct. cort. Chin. reg. und später Decoct. Colombo. Sub finem vitae: Emuls. amygdal. amar.

Der Leichenbefund war ein überraschender. Der Sectionsbericht über den Magen lautet: „Die Schleimhaut des Magens ist mit zähem Schleim bedeckt, in der Gegend des Pylorus ist sie schiefrig gefärbt und mit kleinen warzigen Erhebungen versehen. Im übrigen ist der Magen vollkommen intact.“ Aus dem übrigen langen Sectionsbericht interessiert uns vorzugsweise der der Leber, der Gallenblase und des Duodenums, den ich hier folgen lasse:

Die Leber ist entschieden verkleinert. Sie besitzt eine Schnürfurche des rechten Lappens und eine zungenförmige Bildung des oberen Theils des linken Lappens. Zwischen letzterm und dem etwas vorgetriebenen Magen ragt ein abnormer, gut hühnereigrosser Knoten hervor, der eine glatte Oberfläche, derbe Consistenz und eine gelblich weisse bis röthliche Färbung besitzt. Bei genauerer Untersuchung erweist sich derselbe als Tumor, der sich nach links hinter den Magen erstreckt, ebenso nach rechts, bedeckt von dem untern Theile des linken

Leberlappens. Der Lage nach entspricht er ungefähr dem Pankreas. Auf dem Durchschnitt zeigt sich, dass der Tumor, der über gänseeigross ist, in der Mitte grösstentheils zu einer schmierigen, gelblich- weissen Masse erweicht ist, während die peripheren Partieen eine derbe Consistenz besitzen, sich übrigens von dem unterhalb und nach vorn von dem Tumor gelegenen Pankreas deutlich abgrenzen und von demselben lostrennbar sind. Das Pankreas selbst ist frei von Neubildung; der ductus pancreaticus ist durchgängig. Die mächtigste Entwickelung hat der Tumor in der Gegend des Pankreas-Kopfes, in dessen Nachbarschaft bis zur porta hepatis hin sich eine Anzahl von haselnuss- bis über wallnussgrosser, durch Neubildung entarteter Lymphdrüsen finden, die zusammen eine gut 2 faustgrosse Geschwulstmasse darstellen, in welche die Gefässe und Ausführungsgänge der Leber und Gallenblase wie eingebettet erscheinen. Die in allen Dimensionen verkleinerte Leber besitzt eine ziemlich derbe Consistenz. Schon von aussen kann man im Parenchym einige härtere Partien durchfühlen, die sich auf dem Durchschnitt als Geschwulstknoten von grösstentheils derber Consistenz und gelblicher Grundfarbe erweisen, in welchen zahlreiche feine Blutgefässdurchschnitte hervortreten. Die Farbe des Leberparenchyms ist im ganzen eine dunkelbraune. Die acini sind deutlich zu unterscheiden, aber merklich verkleinert.

Die Gallenblase ist sehr stark ausgedehnt, fluctuiert und besitzt eine fast sehnig-weisse Farbe. Nach Einschnitt in dieselbe entleert sich eine grosse Menge einer weisslichen, trüben, einige Bröckel enthaltender Flüssigkeit und eine Anzahl haselnussgrosser Cholesterinsteine. Ein ebensolcher ist ziemlich fest im Anfangs-

theil des ductus cysticus eingeklemmt. Die Wand der Gallenblase ist fibrös verdickt, ihre Innenfläche grösstentheils glatt, sehnig glänzend. An derselben sitzt im fundus ein über kirschgrosser, an der Oberfläche erweichter, gelblicher Knoten mit breiter Basis fest auf, ein zweiter ebenso grosser, etwas derberer Knoten sitzt an der Innenfläche der obern Gallenblasenwand.

Vom Duodenum aus, dessen Schleimhaut etwas geröthet und geschwollen ist, und in welchem sich dünner, galliger Inhalt befindet, kann man leicht mit einer dünnen Sonde in die Papille eindringen, und der von dieser aus eröffnete ductus choledochus und hepaticus, der etwas erweitert ist, und gallig tingierte Schleimhaut besitzt, ist ebenso wie die vena portarum fast rings von Geschwulstmasse umgeben. An der Innenwand der Pfortader, dicht oberhalb der Einmündungsstelle der vena lienalis sitzt ein das ganze Lumen der Vene ausfüllender haselnussgrosser Geschwulstknoten, der von weicher Consistenz ist und von gelblichrother Farbe. Weiter nach der Pfortader zu ist das Lumen der Vene theilweise nicht für eine dünne Sonde durchgängig; nach der Theilung in die beiden Hauptäste besitzt sie wieder normale Weite. Dagegen sind am grössern Aste im rechten Lappen wieder einige erbsen- bis bohnengrosse, gelbliche Knoten zu constatieren, die der Innenfläche fest aufsitzen. Bei weiteren Untersuchungen zeigen sich sämmtliche Aeste der venae meseraicae durch der Wandung adhärente Thromben verstopft, ebenso die vena pancreatica. Eine Anzahl weiter von der Leber entfernter Mesenterialdrüsen zeigt Vergrösserung, derbe Consistenz und eine weissliche, dem Geschwulstgewebe gleiche Schnittfläche.

Epikrise:

In Betreff dieses Falles muss ich mich wohl gewissermassen rechtfertigen, weshalb ich ihn mit unter die Zahl der Magenkrebse aufgenommen habe. Ich that dies mit demselben Rechte, mit dem man seiner Zeit intra vitam ein Magencarcinom diagnosticierte. Hätte man diese Diagnose nicht gestellt, so meine ich, wäre ein Kunstfehler begangen, denn sämmtliche Symptome, die Frau Kaiser in ihrer Krankheit zeigte, entsprachen dem charakteristischen Bilde eines Magencarcinoms. Bei der 53jährigen kachektischen Frau treten die Erscheinungen seitens des Magens in den Vordergrund. Diese sind Appetitlosigkeit, bitteres Aufstossen, furchtbare Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen, das zwar anfangs fehlte. In der rechten regio epigastrica fühlt man einen Tumor, der sehr druckempfindlich ist, einen ebensolchen in der Gegend des linken Leberlappens. Auf diese Momente stützte sich die Diagnose: Magencarcinom mit Metastasen in der Leber. Durch die Autopsie wurde diese Diagnose hinfällig, insofern der in der Magengegend gefühlte Tumor dem Magen nicht angehörte. Es zeigt dieser Fall, dass die Diagnose des Magenkrebses ihre Tücken haben kann; er ist ein Gegenstück zu dem von Herrn Professor Ebstein mitgetheilten Fall in seiner Abhandlung: „Ueber den Magenkrebs". Dort handelte es sich um eine 50jährige Frau, die bei der objectiven Untersuchung alle Zeichen eines Leberkrebses zeigte. „Ausserdem litt sie seit einigen Monaten an häufigem von der Speiseaufnahme unabhängigem Erbrechen. In den letzten 10 Lebenstagen hatte sie mehrfach nicht nur Kaffeesatz ähnliches, blutiges Erbrechen, sondern auch schwarze Stuhlgänge. Bei der Section zeigt sich ein etwa Borsdorfer Apfel grosser Gallert-

krebs des linken Ovarium, sehr zahlreiche Krebsheerde in der Leber. Die vena portarum war durch zahlreiche Lymphdrüsen in der porta hepatis stark comprimiert. Der Magen war gesund und zeigte nur besonders an der kleinen Curvatur zahlreiche Ecchymosen, welche die Quelle für die geringfügigen Blutungen herstellten".

V.

Frau Anna Schütte, 36 Jahre alt, aus Lippolsberg, wurde aufgenommen am 30. Decbr. 1879.

Anamnese:

Patientin will als Kind und auch später stets gesund gewesen sein. Sie hat 7 mal geboren; die Kinder kamen angeblich sämmtlich 2 Monate zu früh, nur 2 lebten einige Tage, die andern starben während oder nach der Geburt. Geburten und Wochenbetten waren angeblich immer normal verlaufen, nur will sie bei den Geburten stets viel Blut verloren haben. Im November 1878 kam Patientin zum letzten Male nieder. Danach konnte sie sich nie recht wieder erholen; sie stand zwar auf, doch konnte sie nicht in gewohnter Weise ihren Beschäftigungen nachgehen. Etwa 6 Wochen nach der Geburt stellten sich zuerst Schmerzen in der Magengegend ein, die bald von heftigem Erbrechen gefolgt waren. Patientin will fast $^1/_2$ Jahr lang täglich mehrere Male gebrochen haben, sie kam dabei sehr herunter und wurde schliesslich bettlägerig. Das Erbrochene soll stets schleimig gewesen sein, niemals schwarz gefärbt; auch der Stuhl war angeblich nie schwarz. Im Spätsommer 1879 stellte sich dann eine mehre Monate dauernde Besserung ein, so dass die Kranke das Bett verlassen konnte, arbeiten konnte sie jedoch nicht wieder.

Vor etwa 12 Wochen bemerkte sie zuerst eine schmerzhafte knotige Anschwellung im Oberbauche, die an Ausdehnung zunahm.

Status praesens.

30. XII. 79. Patientin ist eine äusserst blasse Frau mit cyanotischen Lippen. Ihre Ernährung ist mittelmässig die Musculatur schlaff. An den untern Extremitäten befindet sich Oedem u. zwar links mehr als rechts. Der Bauch ist aufgetrieben, hauptsächlich einige cmt. oberhalb des Nabels. Hier fühlt man eine vermehrte Resistenz, die sich links scharf abgrenzen lässt; nach rechts erreicht sie den Rippenbogen, auch hier lässt sie sich scharf begrenzen. Dieselbe ragt in der Gegend des Nabels am meisten hervor und steigt bei der Inspiration mit der Leber nach abwärts. Die Härte ist nich glatt, man fühlt einzelne linsengrosse Erhabenheiten. Die Dämpfung der Leber hat in der rechten Mamillarlinie eine Länge von 14 cmt., in der Medianlinie von 18 cmt. Die Milz ist vergrössert, sie überragt die vordere Axillarlinie um etwa 4 cmt. Der Percussionsschall über dem Bauche ist abgesehen von der Gegend des Tumors tympanitisch. Unterhalb des untern Leberrandes ist eine wallnussgrosse Stelle zu constatieren, über welcher der Percussionsschall gedämpft und die Resistenz vermehrt ist.

Der Thorax ist wenig gewölbt. Der Spitzenstoss extramamillär oberhalb der 5. Rippe, schwach sichtbar deutlich fühlbar. Die Herzdämpfung ist vergrössert, sie reicht rechts bis über die Mitte des Sternums. Die Resistenz ragt nach rechts 3 cmt. über den Sternalrand, nach links 3 cmt. über die Mamillarlinie. Die Herztöne sind an der Spitze rein, über dem Sternum am Ansatz der 3. Rippe hört man ein systolisches Geräusch, welches

einige cm. nach links von dieser Stelle noch stärker zu hören ist. Ueber der Pulmonalis und Aorta sind die Töne rein. Ueber den Lungen ist nirgends Dämpfung, das Athemgeräusch ist vesiculär. Das Blut ist blass; die weissen Blutkörperchen sind relativ vermehrt.

4. I. Bei der Kohlensäure-Auftreibung des Magens dehnt sich der ganze Bauch gleichmässig aus. Die Grenzen des Magens sind nicht festzustellen. Links von der Medianlinie befindet sich eine Zone, über der der Percussionsschall helltympanitisch klingt; diese Zone ist 5 cmt. breit, 7 cmt. lang, ihr lateraler Rand ist convex; sie erreicht in der linken Mamillarlinie den Rippenbogen. Rechts von dieser Stelle ist bis zum Rippenbogen und nach abwärts bis zur Höhe des Nabels absolute Dämpfung, die der Leber angehört.

7. I. Es stellen sich Durchfälle ein. Die faeces sind gefärbt und übelriechend. Therapie: Decoct. Colombo. Tinct. Opii.

11. I. Die Oedeme der untern Extremitäten haben zugenommen u. zwar links mehr als rechts.

15. I. Links hinten über der Lunge ist Dämpfung und abgeschwächtes Athmen. Ueber der rechten Lunge hat man die Zeichen des Katarrhs. Die Patientin verfällt sichtlich. Der Appetit ist gering. Die Durchfälle bestehen fort; trotz der energischsten Therapie.

20. I. Auch über der rechten Lunge ist hinten Dämpfung aufgetreten. Links hinten beginnt sie in der Höhe des 6. Brustwirbels. Patientin klagt über heftige Schmerzen im Leibe und über Spannungsgefühl der ödematösen Extremitäten. Sie bekommt eine subcutane Morphium-Injection.

24. I. Nachmittags bekommt Patientin plötzlich einen Anfall von Athemnoth; sie wird cyanotisch und

strengt bei der Respiration sämmtliche Hülfsmuskeln an.

26. I. Nachts 1 Uhr erfolgt der exitus letalis. Nachträglich noch ein Wort über die Temperatur der Patientin. Bis zum 26. I. hatte sie ziemlich hohe Abendtemperaturen bis 39,5 die niedrigste war am 3. I. 38,4. Dabei hatte sie, namentlich in den ersten 3 Tagen ziemlich starke Morgen-Remissionen.

Vom 10. bis 21. waren die Abendtemperaturen im Durchschnitt um etwa einen Grad geringer, dabei trat ungefähr alle 3 Tage eine starke Morgen-Remission ein.

In den letzten Tagen vom 21. bis zum 26. bewegte sich die Höhe der Temperatur zwischen 37 und 37,6.

Die anatomische Diagnose dieser und der übrigen Organe lautet: Ulceröses Carcinom des Pylorus und Magens. Durch chronische adhäsive Peritonitis abgesackter perigastrischer Abscess. Thrombose der Schenkelvenen besonders links. Embolieen beider Lungenarterien, embolischer Infarkt mit Demarcation in der Lunge. Doppelseitige Pleuritis, besonders links. Geringe Verbreiterung des rechten Ventrikels. Parenchymatöse Nephritis. Eiterige allgemeine Peritonitis. Fettleber. Diphteritische Geschwüre im Dickdarm.

Die Section der Organe, die uns vorzugsweise interessiren, ergab folgendes:

Bei der Eröffnung des Bauches fällt auf, dass die vordere Magenfläche mit der Bauchwand verwachsen ist. Das Netz ist retrahiert und frei von Neubildungen. In der Beckenhöhle findet sich eine gelblich trübe, mit eiterig fibrinösen Flocken gemischte, Flüssigkeit, deren Menge 100 cbcmt. beträgt. An der Oberfläche des Peritoneum sind keine Neubildungen sichtbar. Die Leber überragt den Rippenbogen nur am innern Rande.

In der Pylorusgegend des Magens sind Magen,

Duodenum, linker Leberlappen und rechter bis zur Gallenblase, endlich das Quercolon fest mit einander verwachsen. Die Oberfläche des Peritoneums ist an den Verwachsungsstellen verdickt. — Im Magen sitzt an der pars pylorica ein etwa fingerdickes Carcinom, dessen Oberfläche stark ulceriert, und dessen Gewebe weich und zerreisslich ist. Besonders am Pylorusringe tritt dies hervor, der genau die linke Grenze der Geschwulst darstellt. Hier ist der Geschwulstrand vollständig unterminiert, so dass ausser der eigentlichen, schon sehr weiten Pylorusöffnung noch eine zweite ebenfalls für einen Finger durchgängige vorhanden ist. An dieser Stelle ist auch die Magenwand am fundus gänzlich durchbrochen, und es hat sich an der äussern Seite des Magens zwischen ihm, dem Quercolon, dem horizontalen und aufsteigenden Theile des Duodenums, sowie der Gallenblase eine unregelmässige Höhle gebildet, welche einen aus Geschwulstmassen und Eiter gemengten Brei enthält. In der Höhle und in der Wand sieht man krebsig entartete und theilweise erweichte Lymphdrüsen sitzen. Die Leber ist klein, hellbraun und zeigt Fettinfiltration. An einer Stelle an der Oberfläche des rechten Lappens sitzt ein kleiner, röthlich gelber Geschwulstknoten, in dem man noch deutlich die einzelnen acini erkennt.

Epikrise:

Handelt es sich wie hier um Insufficienz des Pylorus, so werden die Ingesta im Magen nicht verdaut, sondern sie treten direct mit dem sauern Magensecret in den Darm über. Der Magensaft veranlasst dann im Darm die profusen, unstillbaren Durchfälle, an denen die Patienten meistens sehr bald zu Grunde gehen. Was den perigastritischen Abscess anlangt, so bildete

er, wie auch die diphterischen Geschwüre im Dickdarm, allerdings eine unangenehme Complication. Eine directe Todesursache bietet ein perigastrischer Abscess jedoch erst dann, wenn er aufhört, abgekapselt zu sein und beim Durchbruch eine jauchige Peritonitis erzeugt.

VI.

Heinrich Schmidt, Knecht, 58 Jahre alt, aus Bremke, wurde aufgenommen am 11. März 1880.

Anamnese:

Patient hat in hiesigem Hospital dreimal die Lungenentzündung überstanden und ist vor etwa 8 Jahren wegen Gelenkrheumatismus hier behandelt worden. Seit langer Zeit hat er über Stuhlbeschwerden zu klagen. Ende vorigen Jahres erkrankte er mit alle Woche wiederkehrendem Erbrechen, welches theils nach der Mahlzeit, theils unabhängig von dieser auftrat. Das Erbrochene hatte eine grünliche Färbung, zuweilen soll es Blut gewesen sein. Fortwährend leidet Patient an sauerem Aufstossen, doch besteht keine Appetitlosigkeit. Ausserdem haben sich seit diesem Winter auch Schlingbeschwerden eingestellt und in der letzten Zeit auch Heiserkeit. Vor 10 Jahren hat Patient einen Schlaganfall gehabt, der nach zweistündigem Unwohlsein plötzlich auftrat. Danach war Patient an der rechten obern und untern Extremität gelähmt. Nach sieben Wochen war die Lähmung soweit zurückgegangen, dass der Kranke das Bett verlassen konnte, später schwand sie vollständig. Der Anfall trat ein, während Patient im Bett lag. Er schielt, angeblich, seit seiner frühesten Jugend.

Status praesens.

12. III. 80. Patient ist ein kräftig gebauter, mässig muskulöser Mann. Der Panniculus adiposus ist auffallend abgemagert. Die Hautfarbe des Gesichtes und der sichtbaren Schleimhäute ist blass. Patient kann der heftigen Schmerzen im Leibe und auf der Brust wegen nur auf der linken Seite liegen, da sie dann weniger intensiv sind. Die Temperatur ist normal, der Puls nicht beschleunigt. Die Arterie verläuft hochgradig geschlängelt.

Ueber der rechten Clavicula, in der rechten Cubitalgegend, in der Inguinalgegend besteht Lymphdrüsenschwellung. Rechts ist eine Scrotalhernie. — Beiderseits springen die innern Condylen des femur stark hervor, ebenso das caput der ersten Phalange der linken grossen Zehe. Ueber den Lungen ist L. V. der Percussionsschall etwas weniger laut als rechts. L. H. U. tritt diese Differenz hochgradiger hervor. Das Athemgeräusch ist V. scharf vesiculär, H. U. sind beiderseits Rhonchi hörbar. — Die Leberdämpfung beginnt an der 7. Rippe. Die Herzdämpfung ist nach rechts vergrössert, die Resistenz überragt den rechten Sternalrand um 3 bis 4 cmt., links geht sie bis zur Mamillarlinie. Der erste Ton ist über der Spitze unrein, über der Pulmonalis ist der 2. Ton nicht klappend. Ueber der Pulmonalis und Aorta sind beide Töne sehr dumpf.

Das Abdomen ist gewölbt, besonders die beiden Hypochondrien. Im Epigastrium prominiert sichtbar ein Tumor. Die sehr schmerzhafte Palpation ergibt einen Tumor, der sich vom rechten Hypochondrium quer herüber bis ins linke erstreckt. Ueberall ist derselbe deutlich abzugrenzen, im linken Hypochondrium zeigt er eine Einkerbung; bei der Inspiration steigt er ab-

wärts. Die Mittellinie kreuzt er in der Höhe des Nabels, im linken Hypochondrium erstreckt er sich aufwärts bis zum Rippenbogen. Die Percussion ergibt in diesem ganzen Gebiet einen gedämpft-tympanitischen Schall. Die Leberdämpfung ist im linken Hypochondrium nicht vergrössert. Die Dämpfung in der Milzgegend ist vergrössert.

Bei Bewegungen des Oberkörpers hört man Succussionsgeräusche im Abdomen, durch Percussion ist freie Flüssigkeit in demselben nachweisbar.

Während der Beobachtungszeit wächst der Tumor, die Kräfte verfallen mehr und mehr, die Schmerzen nehmen zu, es treten Oedeme an den Beinen auf; alle paar Tage hat Patient Erbrechen, sub finem vitae bricht er dunkelbraune und schwärzliche Massen aus. Der exitus letalis erfolgte am 11. IV.

An Medicamenten bekam Patient Morphium Bismuth. subnitr. u. Extr. Bellad.

Die anatomische Diagnose lautet: Magenkrebs mit multiplen, sehr grossen secundären Knoten in der Leber. Krebsige Degeneration vieler Lymphdrüsen. Kleine Krebsknoten in den Lungen. Emphysene der Lungen. Ausgedehnte pericardiale Verdickungen. Endocardiale Verdickungen der Klappen des linken Ventrikels. Relativ grosse Milz und grosse Nieren. Chronische Nephritis. Prostata-Hypertrophie. Divertikel der Harnblase. Atherom der Aorta. Partielle rothe Atrophie der Leibersubstanz, partielle vicariierende Hypertrophie. Arthritis deformans besonders der rechten grossen Zehe. Kleines Lipan des Netzes.

Epikrise:

Dieser Fall bietet ein typisches Bild des Magenkrebses dar. Der 58jährige Mensch ist sehr blass und

abgemagert, er leidet stets an sauerm Aufstossen und Erbrechen, das angeblich auch zuweilen blutig war. In der Magengegend bestehen quälende Schmerzen, man sieht und fühlt daselbst einen Tumor. Auch in der Leber ist ein Tumor nachzuweisen, der während der Beobachtungszeit wächst. Es besteht Lymphdrüsenschwellung in der Inguinal-, Culpital- und Clavicular-Gegend. Sub finem vitae werden dunkelbraune und schwärzliche Massen erbrochen.

VII.

Heinrich Korf, Bahnhofsarbeiter, 41 Jahre alt, aus Elliehausen, wurde aufgenommen am 31. März 1880.

Anamnese:

Patient stammt angeblich aus gesunder Familie und will früher selbst immer gesund gewesen sein. Vor einem Jahre stellte sich nach seinen Angaben zuweilen nach vorherigen Kopfschmerzen und unabhängig von der Mahlzeit Erbrechen bei ihm ein. Ende vorigen Jahres erbrach er plötzlich, als er sich unterwegs befand, ungefähr 2 Schoppengläser voll schwarzen Blutes. Seit 14 Tagen fühlt er sich unwohl und hat in letzter Zeit eine Gewichtsabnahme seines Körpers um ca. 6 Pfd. beobachtet. Allgemeine Abmagerung ist ihm ebenfalls aufgefallen.

Status praesens.

1. IV. Es handelt sich um einen kräftig gebauten Mann von schlechter Ernährung. Das Nichtvorhandensein des Panniculus fällt besonders im Gesichte auf. Am linken Zeigefinger fehlen die beiden Endphalangen. Patient klagt über Athembeschwerden, er kann nur auf der rechten Seite liegend respirieren. Sehr zahlreiche geschwollene Lymphdrüsen erfüllen die Leistenfurche

und die Gegend der fossa ovalis; auch in der linken fossa supraclavicularis sind einige Drüsen fühlbar. Der Percussionsschall über den Lungen ist R. V. O. abgeschwächt, am auffallendsten über der Clavicula; von der 2. Rippe an ist er laut. Rasselgeräusche sind hier nicht zu hören. L. H. U. ist etwas Dämpfung. R. H. O. ist das Athemgeräusch abgeschwächt. — Die Herzdämpfung beginnt am rechten Sternalrand, die Resistenz überragt diesen um 4 cmt. nach oben und nach links sind beide normal. Beide Herztöne sind unrein.

Der untere Theil des Thorax und die obere Bauchgegend sind hochgradig vorgetrieben. Man fühlt hier einen Tumor von unregelmässiger höckeriger Oberfläche, der bei der Inspiration nach abwärts steigt. Der Tumor beginnt oben an der Grenze der Leberdämpfung, unten verläuft er in einer Horizontalen in Nabelhöhe und endet links, indem er sich steil aufwärts zum Rippenbogen wendet, den er in der Mamillarlinie erreicht. — Die Milzdämpfung ist sehr vergrössert, sie ist von der Dämpfung des mit der Leberdämpfung in Zusammenhang stehenden Tumors nur durch eine ca. 3 querfingerbreite tympanitische Zone getrennt.

Unter Collaps trat am 21. IV. der exitus letalis ein. Während der Beobachtung in der Klinik nahmen die Schmerzen von Tag zu Tag zu, es bestand hartnäckige Verstopfung und zuletzt leichter Icterus..

Die Temperatur des Patienten bewegte sich bis zum 16. IV. zwischen 38,7 und 37,5. Am 16. IV. stieg sie auf 39,2, fiel aber am folgenden Tage sofort wieder ab.

Was die Therapie anlangt, so bekam auch unser Patient Bismuth. subnitr. in Verbindung mit Extr. Bellad.

Das Sectionsprotocoll der uns besonders interessie-

renden Organe lautet: .... Es werden Leber, Magen Duodenum, Pankreas und rechte Niere zusammen herausgenommen. An der kleinen Curvatur des Magens und von hier bis ca. gegen die Mitte der vordern und hintern Magenwand sind von aussen viele kleine bis erbsengrosse Knötchen sichtbar. Die Magenwand ist hier etwas verdickt und fühlt sich härter an. Die Schleimhaut zeigt keine besondern Veränderungen an der Cardia, dem Pylorus, dem Fundus. An der kleinen Curvatur dagegen ist sie gewulstet, mit mehreren tiefen Geschwüren versehen, deren wallartig aufgeworfene Ränder sich mässig hart anfühlen. Die Lymphdrüsen in der Nachbarschaft des Magens sind stark vergrössert und krebsig entartet. Ihre Schnittflächen zeigen deutlich ein reticuliertes Stroma und mit Leichtigkeit lässt sich aus ihnen Krebsmilch ausdrücken. Die Leber ist stark vergrössert, sie ist 20 ctm. breit, 25 ctm. hoch und 16 dick. Von normalem Parenchym ist im linken Lappen fast nichts mehr vorhanden; hier und mehrfach auch im rechten Lappen finden sich zahlreiche kleinere bis apfel- und faustgrosse Krebsknoten von graugelber Farbe. Die grössern von ihnen sind auf der Oberfläche mit einer flachen Delle versehen; auf dem Durchschnitt zeigen sie im Centrum ein narbenartiges Aussehen; in einzelnen findet man auch kleine Hämorrhagien. Im Parenchym des rechten Bogens finden sich Partieen von dunkelbrauner Farbe, in denen die Acini kleiner sind, als an den andern Stellen. — An der krebsigen Entartung nimmt auch die Nebenniere Theil, sie ist wallnussgross. Auf dem Durchschnitt ist die krebsige Masse nur von der Kapsel und einem schmalen gelben Saum der Rindensubstanz umgeben. Die linke Nebenniere ist nicht verändert. Die rechte Niere ist kleiner als die

linke, zeigt aber sonst gleiche Verhältnisse. Das Pankreas ist an der Kauda mit einer krebsig entarteten Lymphdrüse versehen, im ganzen aber unverändert.

Diagnose:

Magenkrebs und zahlreiche secundäre Krebsknoten der Leber. Partielle cyanotische Atrophie des Leberparenchyms. Krebsige Entartung der epigastrischen Lymphdrüsen, der rechten Nebenniere. Krebsknoten im Zwergfell. Braune Atrophie der Herzmuskulatur. Oedem und Hypostase der rechten Lunge, Nephritis parenchymatosa mit Ausgang in Verfettung. Colitis catarrh.

Epikrise:

Ein Parallelfall zum vorigen, er gleicht ihm in allen Theilen.

VIII.

Karl Frixen, Tischler, 45 Jahre alt, aus Bodenfelde, wurde aufgenommen am 23. Juni 1880.

Anamnese:

24. VI. Patient gibt an, dass er seit October vorigen Jahres arbeitsunfähig sei, weil er sich enorm schwach fühle und an Schmerzen im Bauch und hochgradiger Störung des Appetits leide, wodurch seine Ernährung so sehr beeinträchtigt wurde, dass er jetzt nur noch 86 Pfd. wiegt, gegen 153 Pfd. früher. Schon längere Zeit, etwa 3 Jahre vor diesem, will er Magenbeschwerden gehabt haben, die sich in geringem Appetit, öfterm Aufstossen, („Wasserkolk") Erbrechen und Sodbrennen kundgaben.

An andern Krankheiten hat er nach seiner Aussage im Jahre 1852 einen Typhus überstanden und ist vor 3 Jahren wegen einer Brustverschleimung behandelt.

Die Mutter des Kranken ist im Alter von 72 Jahren an der Wassersucht gestorben, der Vater im 54. Lebensjahre aus Patientem unbekannter Todesursache. Patient ist verheirathet und hat 8 völlig gesunde Kinder.

Als erste Erscheinungen seiner jetzigen Erkrankung hat Patient Athembeschwerden bei körperlichen Anstrengungen schon seit den letzten beiden Jahren verspürt. Nach dem Essen entstand Druckgefühl in der Magengegend mit nachfolgendem Aufstossen und Erbrechen, das sich alle 2 bis 3 Tage wiederholte. Patient fühlte sich dabei immer schwächer und magerte ab. Seit October stellten sich heftige Schmerzen im Oberbauche besonders nach Nahrungsaufnahme ein. Das Erbrechen fand jetzt täglich statt in Form zäher, schleimiger Massen, die Mattigkeit wurde so hochgradig, dass der Kranke seine Arbeit einstellen musste.

Seit den letzten 3 Wochen hat das Erbrechen aufgehört, der Kranke befindet sich etwas wohler. Er klagt über Schmerzen im Epigastrium und grosses Schwächegefühl. Der Appetit ist wieder etwas besser geworden. Der Stuhl war stets angehalten und hell gefärbt.

Status praesens.

Patient ist ein mittelgrosser Mann von magerer Constitution. Der Knochenbau ist mittelmässig, die Muskulatur schlaff, wenig ausgebildet. Der Panniculus adiposus fehlt. Die Haut ist sehr schlaff und lässt sich weit von dem darunter liegenden Gewebe abheben. Die Hautdecken und die Schleimhäute sind blass. Das Gesicht ist eingefallen. Die Jochbogen stehen stark hervor.

In der Leisten-, Ellenbogen- und Claviculargegend sind die Lymphdrüsen geschwollen, haselnussgross sind sie in der linken fossa supraclavicularis.

Oedeme sind nicht vorhanden. Die Pulsfrequenz beträgt 88, die Athemfrequenz 20 in der Minute.

Bei Rückenlage empfindet Patient in der Höhe des ersten Lendenwirbels ziehende Schmerzen, er liegt am besten auf der rechten Seite.

Der Thorax ist flach, nach unten verbreitert. Vom Spitzenstoss ist nichts zu sehen und zu fühlen. Die Percussion ergibt überall einen gleich lauten nicht tympanitischen Percussionsschall über den Lungen. Die Leberdämpfung beginnt an der 6. Rippe, die Leber überragt den Rippenbogen um 2 cmt. Die Herzdämpfung ist normal, die Resistenz reicht rechts 3 cmt. über den Sternalrand, links bis zur Mamillarlinie. Die Dämpfung in der Milzgegend ist nicht vergrössert. Die Auskultation der Lungen ergibt überall vesiculäres Athmen, L. H. U. ist dasselbe verschärft. Die Herztöne sind normal.

Das Abdomen ist weich flach, nachgiebig. Die Venae epigastricae zeigen eine stärkere Füllung.

Die Palpation ergibt links von der Medianlinie am Rande des Rippenbogens 2 circumscripte Härten, die durch eine Furche von einander getrennt sind. Sie sind als leichte Vorwölbung der Bauchdecken sichtbar. Die obere mehr rundliche reicht bis zur Mittellinie, die untere längliche überragt dieselbe. Beide fühlen sich etwas uneben an und sind schmerzhaft. Ein stärkerer Druck rechts oben unter dem Hypochondrium ist ebenfalls schmerzhaft.

Die Sputa sind sehr reichlich, dünnflüssig, enthalten zähe, geballte weissliche Massen; sie haben einen eigenthümlich süsslich-fötiden Geruch. Der Harn ist stark getrübt, saturiert (Farbe 5 der Vogel'schen Tabelle). Menge 250 gr. Sp. Gew. 1022.

25. VI. Der Harn ist heute klar, aber noch ebenso

dunkel mit mässig grosser nubecula; er ist frei von Eiweiss.

Die Temperatur ist subnormal: 36,1—35,9. Die Pulsfrequenz beträgt 90, die Respirationsfrequenz 17 in der Minute. Der Puls ist klein und leicht zu unterdrücken.

1. VII. L. H. U. ist Dämpfung von der 9. Rippe ab. Hier ist das Athemgeräusch abgeschwächt; weiter aufwärts hört man Rasselgeräusche und rauhes Athemgeräusch.

Die Drüsen in der linken fossa supraclavicularis sind fast zu einem hühnergrossen Tumor vergrössert.

Patient klagt besonders bei längerer Retardation des Stuhlganges über Schmerzen im Bauch, die nach dem Rücken hin ausstrahlen und meistens schwinden, sobald der Darm durch den Hegar'schen Trichter entleert wird.

17. VII. Die Drüsen sind rapide zu einem über faustgrossen Tumor gewachsen. Im Thorax ist L. H. U. ein Flüssigkeitserguss nachzuweisen, ebenso rechts, aber hier ein geringerer.

Exitus letalis erfolgt durch Marasmus.

Die Temperatur war nie erhöht, am letzten Tage betrug sie allerdings 37,9. Die Therapie bestand in Tinct. Chin. comp.

Aus dem Sections-Protocoll theile ich folgendes mit: .... Am Magen zeigt sich bei der äusseren Betrachtung eine grosse Zahl von Lymphdrüsen, an der grossen Curvatur sowohl, wie an der kleinen. Luft kann leicht aus dem Magen in das Duodenum und von da zurück in den Magen gedrängt werden. Die Serofa des Magens ist verdickt und schiefrig gefleckt. Der ganze Magen hat eine grössere Resistenz und ist dementsprechend

verkürzt und verengert. Im Duodenum befindet sich eine dünne Flüssigkeit mit dunkeler galliger Beimengung, in der kleine bröcklige Massen suspendiert sind. Im Magen befindet sich eine ähnliche Masse in geringerer Menge. Bei der Eröffnung des Magens zeigt sich eine allgemeine Verdickung desselben, die in der Pylorusgegend am stärksten ist. Verdickt ist die Schleimhaut, die Submucosa, die Muscularis, welche letztere am Pylorus eine Dicke von fast 4 mm. besitzt. In der Pylorusgegend hat die innere Oberfläche ein narbenartiges Aussehen. Stellenweise sieht man fibröse Streifen, dazwischen einige knötchenartige Verdickungen von geschwulstigem Aussehen. Die übrige Schleimhaut des Magens ist undurchsichtig und hellgelbgrau gefärbt mit zum Theil dunkelbrauner, sauerer Erweichung. Ihre Oberfläche ist nicht glatt, sondern flach-höckerig gestaltet. — Die Lymphdrüsen haben auf dem Durchschnitt ein markiges Aussehen und lassen einen reichlichen, milchigen Saft austreten.

Ein kleines Geschwülstknötchen findet sich am linken Leberlappen, dicht neben dem lig. suspensorium.

Diagnose:

Allgemeine carcinomatöse Degeneration des Magens mit ausgedehnter Lymphdrüsen-Affection besonders der Halslymphdrüsen. Lungen ödem. In den Nieren: Narben und Kalkinfarkt. Ascites. Hydrothorax.

IX.

Heinrich Fuge, Schachtmeister, 55 Jahre alt, aus Weissenborn, wurde aufgenommen am 7. April 1880.

Anamnese:

Seit mehreren Jahren leidet Patient an Erbrechen,

das in unregelmässigen Zwischenräumen wöchentlich meist mehrmals auftritt. Das Erbrochene hat zuweilen einen bittern Geschmack, Blut soll nie darin gewesen sein; es stellte sich gern nach der Mahlzeit oder nach psychischen Aufregungen ein. Der Stuhlgang war immer träge und hart. Allmählich gesellten sich zu diesen Beschwerden Leibschmerzen hinzu, die anfangs allgemein gewesen sein sollen und sich später in der linken Bauchgegend localisiert hätten.

Status praesens:

Patient ist ein Mann von mässiger Muskulatur und sehr schlechter Ernährung: der Panniculus fehlt. Patient macht einen etwas kachectischen Eindruck. Er klagt über Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung; Schluckbeschwerden sind nicht vorhanden. Der Thorax ist flach, das Sternum prominiert etwas, besonders im obern Theil. Der Percussionsschall über den Lungen ist normal, nur findet sich hinten rechts im Interscapular-Raum eine circumscripte Stelle, an der der Schall etwas abgeschwächt ist. Hier ist das Athemgeräusch verschärft. Die Leberdämpfung beginnt im 6. Intercostalraum. Die Leber ist vergrössert, sie verläuft in der Medianlinie dicht oberhalb des Nabels; links findet sich eine neue, damit in Zusammenhang stehende Dämpfung.

8. IV. Patient hat Erbrechen. Die Sonde gelangt ohne Widerstand zu finden bis in den Magen.

11. IV. Am medialen Rand der linken Cornea findet sich eine Phlyktaene.

12. IV. Patient hat seit einigen Tagen über Verstopfung zu klagen.

13. IV. Patient hat wiederum Erbrechen. Man

fühlt rechts vom Nabel eine deutliche Resistenz; links ist sie weniger ausgesprochen.

14. IV. Patient wird entlassen.

18. IV. Patient wird wieder aufgenommen. Gleich nach der Mahlzeit stellt sich Erbrechen ein.

22. IV. Der Tumor ist nur noch undeutlich zu fühlen.

27. IV. Patient wird zum 2. Male entlassen.

9. IX. Der Zustand des Patienten hat sich zu Hause seit etwa 2 Wochen verschlimmert. Patient kommt moribund in die Klinik, hat einen sehr aufgetriebenen Leib und klagt über ausserordentlich heftige Schmerzen. Es wird eine Peritonitis angenommen.

Am 9. IX. 80 tritt unter Coma der exitus ein.

Die Temperatur war stets niedrig, häufig subnormal, die niedrigste war am 20. April 35,7.

Die Therapie bestand in Tinct. Chin. comp.

Die Sections-Diagnose lautet: Scirrhus des Magens mit fast gleichmässiger Verdickung der Wandungen und bedeutender Verkleinerung des Organs. Secundäre Betheiligung der retroperitonealen, bronchialen und cervicalen Lymphdrüsen. Lymphangitis retroperitonealis, intestinalis, cervicalis, praecipue glandulae Thyreoideae. Peritonitis. Mesenteritis. Pleuritis duplex. Oedem u. Atelectase beider Lungen.

X.

Peter Oester, Tagelöhner, 65 Jahre alt, aus Retterode, wurde aufgenommen am 30. Juni 1881.

Die Anamnese liegt nicht vor.

Status praesens.

1. VII. 81. Patient sieht verfallen aus, hat einen filiformen Puls, der anscheinend beschleunigt ist. Am

linken Unterschenkel befindet sich ein Geschwür, das mit einem Schorf bedeckt ist. Die Beine sind bis zu den Knieen ödematös. Rechts befindet sich ein Leistenbruch. Die untere Bauchgegend ist etwas aufgetrieben. Durch die Bauchwand kann man die Conturen der Darmschlingen erkennen, Peristaltik ist nicht wahrzunehmen. Die untere Bauchgegend ist nicht druckempfindlich. Der Nabel ist etwas eingezogen.

Die regio epigastrica ist auf Druck empfindlich. Man fühlt hier, 4 cmt. unterhalb des proc. ensiform. eine 3 cmt. breite, strangartige Härte, welche sich bis unter den linken Rippenbogen etwa bis an die 7. Rippe verfolgen lässt.

Die Leberdämpfung beginnt an der 7. Rippe. Der rechte Leberlappen ist nicht vergrössert. Die Oberfläche der oben beschriebenen Resistenz ist uneben, man fühlt eine Reihe von Höckern. Der Percussionsschall über dieser Stelle ist tympanitisch.

Die Leistendrüsen sind nicht geschwollen; die Dämpfung in der Milzgegend ist nicht vergrössert. Die sichtbaren Schleimhäute sind blass. Die Arme sind etwas ödematös. Man fühlt über der rechten Clavicula einige weiche Drüsen, linkerseits sind keine Drüsenschwellungen vorhanden. Der Percussionsschall über der rechten Infraclaviculargegend ist etwas weniger laut, als über der linken. Der Spitzenstoss ist weder sicht- noch fühlbar. Die Herzresistenz ist nicht vergrössert. Die Herztöne sind dumpf, aber rein, der erste Ton ist etwas langgezogen. Hinten über den Lungen ist beiderseits von dem 8. proc. spinos. an Dämpfung. In den hintern Lungenabschnitten ist Katarrh, besonders rechts. Die Oedeme erstrecken sich hinten bis etwa in die Gegend der Lendenwirbel hinauf.

Der Urin ist frei von Eiweiss.

Temperaturerhöhung fand nicht statt.

Am 4. Juli starb Patient.

Auch bei ihm bestand die Therapie in Tinct. Chin. comp.

Diagnose:

Scirrhus des Magens. Braune Atrophie des Herzens. Sehnenflecke Pleuritis adhaesiva. Rechtsseitige inquinale Bruchpforte Phlegmone des rechten Unterschenkels.

Aus dem Sections-Protocoll führe ich folgendes an: .... Nach Eröffnung der Leibeshöhle fühlt man den Magen bis auf den Fundus in eine harte Geschwulstmasse verwandelt.... Der Magen ist klein, starr, bis auf den Fundus. Auf dem Durchschnitt sieht man die Wand in eine gleichmässig fibrös aussehende Geschwulstmasse verwandelt, in der die Muscularis, deutlich verdickt, zu erkennen ist. Die Gesammtdicke der Magenwand beträgt ca. 1 cmt. Die Schleimhaut ist mit zähem Schleim bedeckt, im Allgemeinen glatt. Metastasen sind nirgends aufzufinden....

Epikrisen zu VIII—X:

In diesen 3 Fällen haben wir es mit sog. Scirrhus des Magens zu thun. Fast der ganze Magen ist in eine starre Kapsel verwandelt, die Wand ist in allen Theilen verdickt und von narbenartigem Bindegewebe durchwuchert. Die Verdickung der Muscularis würde man als secundäre betrachten müssen, insofern sie Hand in Hand ging mit dem Erstarren der übrigen Schichten der Magenwand. Die durch das Erstarren erschwerte Peristaltik suchte sie zu überwinden durch ihre Hypertrophie. — Der 10. Fall gleicht insofern den andern beiden nicht, als sämmtliche Lymphdrüsen verschont geblieben sind.

XI.

Friedrich Hampe, Landmann, 59 Jahre alt, aus Esebeck, wurde aufgenommen am 14. Mai 1881.

Anamnese:

Die Eltern des Patienten sind in hohem Alter gestorben. Der Vater ist geschwollen gewesen, die Mutter brustschwach. Zwei Schwestern sind im Wochenbett, eine dritte an einer Brustaffection gestorben. Der Bruder, 10 Jahre älter als Patient, lebt noch und ist gesund.

Patient ist früher stets gesund gewesen. Seit einigen Jahren leidet er an Kurzathmigkeit und muss viel husten. Am 1. April d. J. bemerkte Patient beim Auskleiden nach einer Tour, dass die Beine geschwollen waren, den nächsten Morgen wurden die Fusszehengelenke schmerzhaft, dann wurden allmählich die Kniegelenke, die Finger- und Handgelenke und linkerseits noch das Ellenbogen- und Schultergelenk schmerzhaft und geschwollen. Seit dem 1. April konnte Patient nicht arbeiten und brachte den grössten Theil der Zeit im Bette zu. Am 14. April kam Patient in poliklinische Behandlung, vor 3 Wochen ist die Schwellung der Beine zurückgegangen.

Seit diesem Winter leidet Patient an Magenbeschwerden, die sich äussern in sauerm Aufstossen, Sodbrennen, Gefühl von Druck in der Magengegend besonders nach dem Essen. Zeitweise hat sich Erbrechen eingestellt. Das Erbrochene war nicht sehr reichlich und soll kaffeesatzähnlich ausgesehen haben. Wegen der Magenbeschwerden hat er vom 11. bis 20. März d. J. in hiesiger Klinik gelegen.

Status praesens:

Beim Patienten fällt eine hochgradige Anämie auf.

Die Hautgefässchen auf den Wangen sind etwas ectatisch. Der rechte Arm und das rechte Bein sind ödematös geschwollen. Patient klagt über Schmerzen in allen Gelenken der unteren Extremitäten, die sich auf Druck steigern. Am Basalgelenk der grossen Zehe bemerkt man geringe Gelenkdeformitäten. Sehr intensive Verdickungen sind an den sternalen Enden beider Schlüsselbeine. Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden.

Die Leberdämpfung beginnt an der 7. Rippe. Der Percussionsschall über den Lungen ist laut, tief etwas tympanitisch, über der rechten Spitze ist er etwas abgeschwächt, ebendaselbst besteht etwas Katarrh. Der Befund am Herzen ist normal. Der Bauch ist weich, im untern Theile etwas aufgetrieben. Links im Epigastrium, dicht neben der Medianlinie, besteht Druckempfindlichkeit und man fühlt dort eine undeutliche Resistenz. Die Leber ist etwas vergrössert, die Dämpfung in der Milzgegend nicht. Der Urin ist frei von Eiweiss. In einzelnen Knötchen am Ohr ist keine Harnsäure nachzuweisen.

8. VI. Die Gelenkschmerzen haben abgenommen. Die Dyspnoe ist fast ganz geschwunden.

Eine Aufblähung des Magens durch CO^2 ergibt ein zweifelhaftes Resultat.

Die Temperatur war nie erhöht, und die Therapie bestand in Bismuth. subnitr, verbunden mit Morph.

Am 18. Juni wird Patient entlassen.

Doch am 10. September begehrte er zum dritten Male Aufnahme in hiesiger Klinik.

Patient macht jetzt einen kachectischen Eindruck. An den Unterschenkeln sind geringe Oedeme. Es wird geklagt über Schmerzen in den Beinen, im Bauche und über starken Husten. In beiden Supraclaviculargruben

fühlt man zahlreiche harte Drüsen, rechts eine Kette von solchen, die sich bis zur Schädelbasis fortsetzt. Auf der Haut der Beine, Arme und im Gesicht sieht man zahlreiche geröthete, schmerzhafte Knoten; sie confluieren zum Theil und besitzen eine circumscripte Infiltration der Haut (Erythema nodosum).

Der Percussionsschall über dem Thorax ist überall laut. R. V. O. besteht eine minimale Abschwächung, beiderseits Katarrh, besonders H. U.

Der Puls ist arythmisch. Die Herzgrenzen und Töne sind normal. Der Bauch ist aufgetrieben und hat einen tympanitischen Percussionsschall. Das Epigastrium ist schmerzhaft. In der Medianlinie über dem Nabel fühlt man einen kleinen schmerzhaften Tumor, im Anschluss daran nach links vermehrte Resistenz. Ueber die Magengegend erhält man Succussionsgeräusch. Die Leber ist anscheinend nicht vergrössert, die obere Grenze ist an der 7. Rippe. Appetit fehlt; die Zunge ist belegt; der Stuhl diarrhoisch; das Sputum rein schleimig. Der Urin ist spärlich, frei von Eiweiss.

12. IX. Patient ist plötzlich aphonisch geworden, dabei besteht weder eine Lähmung der Stimmbänder, noch ein erheblicher Katarrh. Der Kräftezustand ist etwas gehoben.

15. IX. Das Allgemeinbefinden ist besser. Der Puls ist nicht mehr arythmisch. Die Hautinfiltrationen gehen zurück wo sie bestanden, beginnt eine Desquamation. Die Aphonie bessert sich.

16. IX. Die Aphonie ist fast vollständig geschwunden. Patient klagt über Schmerzen und Beschwerden beim Schlucken, etwas unterhalb der Höhe des Kehlkopfes. Dieser ist beweglich und von zahlreichen Drüsen umgeben.

19. IX. Sehr auffallend ist die tonlose fistelnde Sprache. Laryngoskopisch sind keine Anomalien nachzuweisen.

24. IX. Patient hat diese Nacht ca. 500 gr. flüssigen, dunkelrothen Blutes entleert. Das Blut kam nach den faeces, und war nicht mit diesen gemischt, Gerinnsel waren nicht darin.

Patient bekommt Opium und Ergot., da er die Eisblase nicht verträgt.

28. IX. Die Dyspnoe hat sich gesteigert. H. U. und zwar links höher als rechts lässt sich eine Dämpfung constatieren. In der Ausdehnung derselben ist der Stimmfremitus abgeschwächt und ziemlich lautes bronchiales Athmen hörbar. Das Abdomen ist mehr aufgetrieben als früher. In den unteren Partieen ist Dämpfung, die beim Lagewechsel keine deutliche Aenderung erkennen lässt. Rechts unten lässt sich keine Dämpfung nachweisen. Ueber der Symphyse besteht eine geringe Abschwächung des Percussionsschalles.

29. IX. Patient hat sehr lautes Trachealrasseln. Er ist orthopnöisch. Der Puls ist sehr weich. Die Dämpfung an der hintern Fläche des Thorax ist gestiegen. Nachts 12 Uhr erfolgt der exitus letalis.

Die Temperatur war am 15. IX. 38,8, sonst war sie immer normal mit ziemlich grossen Tagesschwankungen

Die Therapie bestand in Ammon. mur. und Liq. Ammon. anisat.

Diagnose:

Carcinoma ventriculi, auf die Leber übergreifend, mit Affection der mesenterialen Lymphdrüsen. Ausgedehnte, nicht krebsige Schwellung und Verkäsung von Lymphdrüsen. Mehrere metastatische Krebsknötchen der Leber, fibrinöse Pericarditis. Leichte beiderseitige

Klappen-Endocarditis; stärkere einer Aortenklappe. Vier Pulmonalklappensegel. Linksseitige adhäsive Pleuritis. Hydrothorax. Lungenödem. Chronische Perisplenitis. Tuberkulose der Milz. Geringe chronische Nephritis und Kalkinfarkt.

Excerpt aus dem Sections-Bericht: .... Die Därme sind aufgetrieben, besonders stark aber der Magen. Derselbe nimmt die ganze linke Hälfte der Bauchhöhle ein und liegt vollständig der ganzen Beckenschaufel auf. Die Leber überragt mit dem rechten Lappen den Rippenrand um Zweifingerbreite, der linke erstreckt sich in der Mittellinie über das corpus sterni nach unten um 14 cmt. In der Gegend der kleinen Curvatur ist der Magen durch gefässreiche Adhäsionen sowohl mit der Bauchwand, als auch mit dem linken Leberrand lose verwachsen.... Im Epigastrium findet man vergrösserte Lymphdrüsen, die ein krebsiges Aussehen haben. Der Pylorus ist gut für einen Finger durchgängig. Im Magen befinden sich grosse Mengen sauer riechenden, dünnbreiigen schmutzig-braun-grauen Inhaltes, der im Fundus etwas fester wird. Im Magen zeigt sich dicht oberhalb des Pylorus ein ringförmiges ulcus mit wallartig aufgeworfenen Rändern, in denen man auf dem Durchschnitt eine deutliche, ca. 1 mm. dicke, krebsige Neubildung sieht, aus der man Krebsmilch ausdrücken kann. Das Parenchym hat eine dunkelgraubraune Färbung, die Schleimhaut ist sauer erweicht. Die Muskelhaut zeigt deutliche von der grossen nach der kleinen Curvatur gerichtete Diastasen. Die ganze krebsige Partie ist mit der untern Fläche des rechten Leberlappens fest verwachsen. Auf dem Durchschnitt zeigt sich, dass das Geschwür in die Leber eingedrungen ist, in der man eine $^1/_2$ cmt. dicke Krebsmasse sieht, in

feren Umgebung Knötchen hervortreten. Auch in grösserer Entfernung bemerkt man theils oberflächliche, theils tiefer liegende Geschwulstknötchen. Sonst sind die Acinuscentra stark braun. Die Gallenblase enthält eine dunkelbräunlich-gelbe, fadenziehende Flüssigkeit.

Eprikrise:

Der elfte Fall gleicht dem zweiten, nur dass dieser Patient von den grässlichsten Schmerzen geplagt wurde, während jener frei von Schmerzen war.

XII.

Lina Schönkäs, 57 Jahre alt, aus Beuren, wurde aufgenommen am 28. März 1882.

Patientin wurde aufgenommen, als sie sich bereits in der Agone befand. Sie hat seit einem halben Jahre unter starker Abmagerung viel brechen müssen und klagt seit einem Tage über furchtbare Schmerzen im Leibe, trotzdem hat sie noch eine halbtägige Reise hierher gemacht.

Es besteht eine auffällige Anämie und Cyanose und eine starke Dyspnoe. Die Temperatur beträgt 36,6; der Puls ist sehr klein und elend; die Herztöne sind rein; an den Lungen ist nichts pathologisches nachzuweisen.

Das Abdomen ist bretthart gespannt, die Palpation nicht möglich. Die Percussion ergibt keine Anomalieen. Abends erfolgt der Exitus letalis.

Diagnose:

Carcinoma ventriculi. Perforation der Magenwand. Jauchige Peritonitis. Braune Herzatrophie. Herzparalyse.

Sectionsprotocoll:

Es handelt sich um eine magere weibliche Leiche.

Beim Einschneiden der Bauchdecken entweicht freies Gas aus der Bauchhöhle. Die Bauchhöhle enthält über ein Liter einer schmutzig graurothen völlig trüben Flüssigkeit, in der sich kothige Bestandtheile neben fibrinösen und eitrigen Flocken zu befinden scheinen. Die Darmschlingen sind durch spinnwebenartige, fibrinöse Exsudationen leicht unter einander verklebt. In dem vorliegenden Theil des Magens gewahrt man neben der Pylorusgegend und etwas mehr der grossen Curvatur zu ein zwanzigpfennigstückgrosses Loch von rundlicher Gestalt, das durch etwas schwielige Ränder klaffend aus einander gehalten wird. Der Magen ist völlig zusammengeklappt und inhaltleer. Innen finden sich nach dem Pylorus zu, an der Vorderwand zwei kraterförmige Geschwüre von nahezu gleicher Grösse, deren aufgewulstete Ränder auf den Durchschnitten ein markiges Ansehen bieten. Im Grunde des einen Geschwüres findet sich die erwähnte Perforation. Der Grund des andern ist ebenfalls schon in die Muscularis der Magenwand eingedrungen und lässt von dieser nur noch eine dünne Lamelle übrig.

Die übrigen Bauchorgane bieten keine Veränderungen, namentlich nirgends Geschwulstmetastasen. Auch die Lymphdrüsen sind von normalem Verhältniss. Das Herzfleisch zeigt eine tief braunrothe Farbe und ist äusserst mürbe und schlaff. Die Lungen sind lufthaltig und ohne Veränderungen.

Epikrise:

Dies ist ein zweiter Fall von Magen-Perforation; aber der Durchbruch des Geschwüres erfolgte frei in die Bauchhöhle im Gegensatz zum fünften Falle, wo der perigastritische Abscess abgekapselt geblieben war. Ist der Durchbruch in die Bauchhöhle erfolgt, so be-

kommt man die Symptome der bauchigen Peritonitis, an denen der Patient binnen kurzem zu Grunde geht.

XIII.

Karl Fettköter, 45 Jahre alt, Schachtmeister aus Uslar, wurde aufgenommen am 29. April 1882.

Anamnese:

Patient ist seit einem viertel Jahre krank, die Krankheit hat sich allmählich mit Magenschmerzen entwickelt. Der Appetit, der früher gut war, ist jetzt schlecht, weil Patient die Speisen nicht hinunter bringen kann. Feste Speisen können seit Sonntag den 23. d. M. nicht mehr genossen werden, sie werden mit Blut wieder ausgebrochen. Patient stammt aus gesunder Familie. Der Vater ist im Alter von 66 Jahren gestorben, die Mutter von 57. Er führt seine Krankheit auf Erkältung zurück; sonst ist er nie krank gewesen.

Status praesens:

1. V. 82. Patient liegt in selbstgewählter Rückenlage, sein Gesichtsausdruck ist leidend. Das Fettpolster fehlt. Oedeme sind nicht vorhanden. Die Zunge ist feucht und grau belegt. Der Bauch ist kahnförmig eingezogen ganz flach, seine Muskeln sind brettähnlich gespannt. Die ausgebrochene Flüssigkeit reagiert schwach sauer. Patient klagt über Schmerzen in der regio epigastr. Der Percussionsschall über dem Bauche ist nur im Bereich des Colon ascendens und descendens normal tympanitisch in den mittlern und obern Bauchpartieen ist er gedämpft tympanitisch. Die Aorta abdom. ist deutlich fühlbar.

Die Leberdämpfung ist in normalen Grenzen; der rechte untere Lungenrand ist verschieblich. Die Däm-

pfung in der Milzgegend ist nicht vergrössert. Der Spitzenstoss ist weder sicht- noch fühlbar. Die Herzdämpfung ist etwas klein, auch die Resistenz. Die Stimme ist heiser. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt eine Parese des linken Stimmbandes bei sonst normaler Schleimhaut.

Der Thorax ist gut gebaut, über den Lungen nirgends Dämpfung. Am Halse sind keine Drüsenschwellungen zu fühlen. Im Verlauf der Wirbelsäule werden keine Schmerzen geklagt. Entsprechend dem X. XI. Wirbel links von der Wirbelsäule ist eine geringe Dämpfung, ungefähr kleinhandtellergross. In den Respirationsorganen ist nichts abnormes nachzuweisen. Der Urin ist spärlich, reich an Uraten, frei von Eiweiss.

Die Untersuchung mit der Schlundsonde ergibt eine Stenose an der Cardia.

6. V. Die Abmagerung hat noch zugenommen. Es besteht eine hochgradige Schwäche. Die Aufnahme der Nahrung per os ist unmöglich, selbst Flüssigkeiten werden sofort wieder ausgebrochen, es scheinen auch nicht die minimalsten Mengen in den Magen zu gelangen. Die Ernährung wird per rectum eingeleitet u. zwar mit Eiern, Milch und Wein. Nach jeder Eingiessung ist das subjective Wohlbefinden merklich besser.

7. V. Fleischpankreas-Klystier wird appliciert.

13. V. Unter Zunahme der Schwäche erfolgt der Exitus Nachmittag 5 Uhr 50 Min.

Die Wunde wurde intra vitam für ein Carcinom der Cardia resp. für ein tiefliegendes Oesophagus-Carcinom gehalten.

Diagnose:

Carcinoma cardiacum ventriculis übergreifend auf den Oesophagus, der etwas dilatiert ist. Das Carcinom

ist ulcerös, gangränös. Blutige Inhaltsmassen im Magen und Darm. Geringe phthisische Veränderungen der Lungen. Nephritis parenchymatosa. Erosionen im Mastdarm. Metastasen in der Leber.

Sectionsbericht.

.... In der Nähe der grossen Magencurvatur und des lig. gastro-colicum findet man mehrere derbe markige Carcinomknoten. Der Magen selbst ist an der Cardia hart, die Serosa ist hier verdickt und mit zahlreichen venösen Gefässen versehen. Die Oberfläche der Cardia ist uneben, man bemerkt höckerige Prominenzen und in der Umgebung einige krebsige Lymphdrüsen. Der Oesophagus ist erweitert, sein Umfang beträgt in den obern Abschnitten 4,5, in der Mitte 6 und über der Cardia 5,5 cmt. Bei der Betrachtung der uneröffneten Cardia von oben sieht man eine Geschwulstmasse mit mehreren polypenartigen Zapfen, die in den Oesophagus hineinragen, so dass die Oesophaguswand mit diesen Hervorragungen einen ringförmigen Recessus bilden. In der Mitte der Geschwulstmasse ist eine kleine Oeffnung, durch die man in den Magen gelangt. Hier sitzt ein kleines ulceröses, gangränöses Carcinom, das an mehreren Stellen die Magenwand bis fast auf die Serosa zerstört hat, so dass an einer Stelle bei der Herausnahme eine Ruptur entstand. Die Ränder lassen deutlich Krebsmilch austreten, an einigen Stellen mehr, an andern weniger. Die innere Oberfläche des Magens ist mit einer kaffeesatzähnlichen Flüssigkeit bedeckt. Die besonders an der vordern Wand hängenden Fetzen haben ein schmutziges, bräunliches Aussehen. Am untern Ende des Oesophagus reicht die Geschwulst bis über die Epithelgrenze hinaus.

In der Leber sind schon von aussen zahlreiche

kleine Krebsknoten zu sehen. Dieselben treten in grosser Zahl auf dem Durchschnitt hervor, sind sehr weich und zeigen mikroskopisch wesentlich Cylinderzellen. . . .

Epikrise:

Hier haben wir ein Carcinom der Cardia, das auf den Oesophagus übergreift. Im Lumen des Oesophagus, welches bis zur Stenose dilatiert ist, springen die Geschwürsränder klappenartig vor und haben einen vollständigen Verschluss bewirkt. Der arme Kranke versucht nun vergebens, feste oder flüssige Speisen zu sich zu nehmen, stets werden sie regurgitiert, nicht selten mit Blut vermischt, da durch diese gewaltsamen Anstrengungen die Oberfläche des Geschwürs lädiert wird. Der Intestinaltractus unterhalb der Stenose ist regelmässig verengt und verdünnt, ist es doch schon vorgekommen, dass der Magen das Ansehen eines Stückes Dünndarm dargeboten hat. — Die Patienten mit Oesophagus-Strictur sterben meistens an Inanition, nicht an der Krebskachexie als solcher, welcher meistens keine Zeit gegeben ist, sich zu entwickeln. — Die Therapie, welche auch bei diesen traurigen Fällen die Hände nicht müssig in den Schoss legt, hat es versucht, die Inanition durch ernährende Klystiere hintanzuhalten. Wird das Verfahren frühzeitig eingeleitet, so kann man auch hierdurch eine Verlängerung des Lebens erzielen. In unserm Falle war die Inanition bereits zu weit vorgeschritten, aber doch war man im Stande, nach jedem Clysma eine Euphorie des Kranken warzunehmen.

XIV.

Karl Spiess, 50 Jahre alt, Kaufmann aus Nordhausen, wurde aufgenommen am 20. Juli 1882.

Anamnese:

Patient leidet seit mehreren Jahren an Magenbeschwerden, die sich äussern in sauerem Aufstossen und Erbrechen am Morgen. Seit 3 Monaten haben sich diese Symptome gesteigert und das Erbrochene soll öfters ausgesehen haben wie Kaffeesatz. Patient will seit dieser Zeit sehr abgemagert sein und hat über Schmerzen im Bauche zu klagen. Seit 4 Tagen besteht Harnverhaltung.

Status praesens:

Patient macht einen kachectischen Eindruck, er ist ungemein schwach und anämisch. An den Malleolen besteht ein geringes Oedem. Geklagt wird über Schmerzen im Epigastrium, daselbst, sowie in der untern Bauchgegend besteht Druckempfindlichkeit. Man fühlt in der Medianlinie eine grössere Resistenz, die sich nach der linken Seite hinzieht. Der Bauch ist aufgetrieben, nicht überall schmerzhaft. Ein Erguss ist in ihm nicht nachzuweisen. Die untere Bauchgegend ist schmerzhaft, die Blase ist stark ausgedehnt. Die Urethra ist (wahrscheinlich in Folge des Katheterismus ausserhalb des Spitals) stark entzündet, es besteht ein eiteriger Ausfluss.

Der aus der Blase entleerte Urin enthält viele harnsauere Krystalle, Schleim und Eiter und eine mässige Menge Eiweiss. Er ist sehr saturiert und lässt beim Erkalten reichlich Urate ausfallen.

Herz und Lungen zeigen nichts pathologisches.

Im Verlauf der Beobachtung trat zunächst eine mässige Besserung ein. Der Urin konnte zeitweise spontan entleert werden. Auf der Rückenhaut, sowie im manubrium sterni zwischen dem Ansatz der 1. und 2. Rippe rechts wurden anfangs kleine, dann ziemlich

schnell wachsende Geschwulstknötchen beobachtet. Ebenso fühlte man, als der Bauch etwas entleert war und weniger schmerzhaft wurde, in der rechten Unterbauchgegend einen harten beweglichen Tumor von der Grösse eines kleinen Apfels. Gegen Ende der Beobachtung trat Somnolenz ein, die Gesichtshaut färbte sich etwas icterisch und es entstand eine ziemlich starke Bronchitis. Der Exitus erfolgte unter zunehmendem Coma am 2. August 1882.

Die Temperatur war zuweilen erhöht, am vorletzten Tag stieg sie von 36,3 bis auf 40,8, um am letzten Tage wieder bis auf 39 zu sinken.

Die Therapie bestand in Extr. carn. rec. par. und in Bismuth. subnitr.

Diagnose:

Magencarcinom mit Metastasen in der äussern Haut, am Sternum in den Lungen, im Herzen, in den Lymphdrüsen, in der Leber, im Netz. Braune Atrophie des Herzens und Verfettung des Myocards.

Sections-Protocoll:

Leichnam eines ziemlich kräftigen Mannes mit nicht unbedeutendem Panniculus adiposus. Unter der Haut der Brust und des Bauches befinden sich einige Knötchen von der Grösse eines Kirschkerns, die unter der Haut verschieblich sind. Sie sind derb, hellroth und zeigen eine markig aussehende Schnittfläche.

Das Netz ist sehr fettreich, ganz ausgebreitet. Es enthält mehrere kleine und einen taubeneigrossen Knoten von gleicher Beschaffenheit wie die Hautknötchen, doch zeigt der grosse auf dem Durchschnitt im Centrum gelbliche, glänzende Einlagerungen von Fett. In der Bauchhöhle ist kein abnormer Inhalt vorhanden. Beim Zu-

rückschlagen des Netzes sieht man an der Pylorusgegend des Magens schwielige Stränge, die ihn mit dem queren Colon verlöthen. An diesen Strängen finden sich viele kleine markige Geschwulstknoten. Zwei Knoten sitzen am rechten Rande des Sternum.

Die Lungen sind mit der Costalpleura verklebt, sie retrahieren sich nicht. Das Herz ist ausserordentlich schlaff und mürbe. Die Farbe ist schmutzig braun, undurchscheinend. In der Muskulatur des rechten Ventrikels finden sich zwei linsengrosse weiss-graue markige Knoten, die das Endocard hervorwölben.

Beide Lungen sind blutreich. Sie enthalten sehr viele grössere und kleinere Geschwulstknoten, letztere bis zu miliarer Grösse. Die grösseren enthalten zum Theil Hämorrhagieen, wodurch sie das Aussehen von Infarkten erhalten.

Milz, Nieren, Geschlechtsorgane sind ohne Veränderungen.

Der Magen zeigt über dem Pylorus ein etwa thalergrosses Geschwür mit hochgewulsteten Rändern, die auf dem Durchschnitt markig aussehen. Am Pylorus selbst sitzen Geschwulstmassen.

Die ganze Leber ist dicht mit grösseren und kleineren Geschwülsten durchsetzt. Die grösseren zeigen alle eine tiefe Delle in der Mitte. Die retroperitonealen Lymphdrüsen sind geschwulstig degeneriert.

Die Dura ist fest mit dem Knochen verwachsen.

Mikroskopisch ergeben sich alle Geschwulstknoten als Cylinderzellencarcinome.

XV.

August Aschhoff, Ackermann, 51 Jahre alt, aus

Marke bei Northeim, wurde aufgenommen am 1. August 1884.

Anamnese:

Patient erkrankte im Januar dieses Jahres angeblich nach einer schweren körperlichen Anstrengung mit Magenbeschwerden. Er verlor den Appetit, bekam Schmerzen in der linken obern Bauchgegend, welche nach dem Rücken ausstrahlten, und Erbrechen von schleimigen Massen. Zuweilen soll das Erbrochene wie Kaffeesatz ausgesehen haben. Diese Beschwerden nahmen seitdem zu, so dass Patient Mitte Juli gar nichts festes mehr geniessen konnte. Dieses brach er sofort wieder aus, nur Wein und einige flüssige Speisen, wie Milch, konnte er bei sich behalten.

Patient will dreimal das Nervenfieber und siebenmal auf der linken Seite die Lungenentzündung gehabt haben, sonst gesund gewesen sein. Seine Eltern starben in hohem Alter, seine Kinder sind gesund.

Status praesens:

Patient ist sehr anämisch und stark abgemagert; er hustet und klagt über Schmerzen in der linken Brust- und Bauchhälfte.

Der Percussionsschall über den Lungen ist tief, laut und tympanitisch. Eine geringe Differenz zwischen rechts und links ist zu constatieren zu Ungunsten der linken Spitze. Daselbst sind verschärftes Athemgeräusch und vereinzelte Rasselgeräusche zu hören. Im Interscapularraum, besonders rechts, hört man klingende Rasselgeräusche. Das Sputum ist gering und schleimigeitrig. Patient klagt über Uebelkeit und Appetitlosigkeit. Eine Vergrösserung des Magens ist durch die Percussion nicht nachzuweisen. Das Epigastrium ist

druckempfindlich. Links und wenig oberhalb vom Nabel fühlt man einen etwa wallnussgrossen Tumor. Im übrigen sind die Bauchorgane normal. Der Urin ist frei von Eiweiss.

3. VIII. Man fühlt den Magen, wie eine luftkissenartige Geschwulst; er ist nicht vergrössert. Patient klagt über Schmerzen im Bauch.

6. VIII. Klagt heute über Schmerzen in der rechten Seite. Im untern Lungenabschnitt ist Dämpfung, daselbst hört man bronchiales Athmen. Das Sputum ist blutig.

7. VIII. Patient ist comatös und deliriert. Es besteht eine grosse Herzschwäche.

9. VIII. Exitus letalis.

Die Temperatur stieg am 5. VIII. bis auf 38,3. In dieser Höhe hielt sie sich bis zuletzt, am 8. VIII. stieg sie sogar auf 38,9.

Das Sectionsprotocoll über Magen und Leber lautet: Der Magen ist an der grossen Curvatur mit dem Colon transversum und der Milz fest verwachsen mit der Leber nicht. Er zeigt von aussen etwa 2 fingerbreit über dem Pylorus eine diesem ähnliche ringförmige Einschnürung. Der Inhalt des Magens ist dünnflüssig und mit geronnenen Milchflocken durchsetzt. Das Lumen ist durch massive Geschwulstwucherungen beengt, welche namentlich an der kleinen Curvatur sitzen. Dieselben bilden in der Gegend des Fundus ein kraterförmiges Geschwür. Ebenso ist in der Gegend der Cardia eine grosse geschwürige Zerstörung. Die Durchschnitte der Geschwulstmassen sind markig und entleeren reichliche Krebsmilch.

Die Leber ist im Ganzen wenig verändert. Sie zeigt an der Convexität des linken Lappens einen etwa

haselnussgrossen und im lobulus quadratus einen kirschgrossen Geschwulstknoten. Die Drüsen der ganzen Gegend zeigen Geschwulstinfection.

XVI.

Karoline Dolle, 38 Jahre alt, aus Lutterhausen, wurde aufgenommen am 27. VI. 82.

Klinische Vorstellung:

28. VI. Patientin ist hochgradig icterisch: Conjunctivae, Gesicht, Rumpf und Extremitäten sind gelb gefärbt. Oedeme fehlen. Am linken Unterschenkel sind geringe Varicen. Die Ernährung ist mittelmässig, das Fettpolster gering. Die Haut ist trocken.

In der Minute zählt man 96 Pulse. Der Puls ist leicht conprimierbar und mässig voll. Der Gesichtsausdruck ist leidend. Neben dem Icterus besteht eine hochgradige Anaemie. Die Zunge ist feucht blass, etwas grau belegt.

Patientin kann nicht auf der rechten Seite liegen, weil sie dann Schmerzen im Bauche hat.

Der Bauch ist geschwollen, besonders im untern Theil. Der Nabel ist verstrichen.

Respirationen zählt man 36 in der Minute, sie haben einen costo-abdominalen Typus.

Bei der Palpation des Bauches fühlt man mehrere grosse Tumoren in der untern Bauchpartie, die etwa handbreit über die Symphyse nach aufwärts reichen. Die Tumoren lassen nur die laterale Partie der linken Unterbauchgegend frei, sie machen den Eindruck, als ob multiple Tumoren zu einem verwachsen wären. Die Tumoren sind fest, höckerig und nicht schmerzhaft. Die Leistendrüsen sind links geschwollen.

Unter dem linken Rippenbogen fühlt man eine

schmerzhafte Resistenz, die sich bei den Respirationen verschiebt, aber sich nach unten nicht abgrenzen lässt. Die Leber ist palpierbar, nach unten aber auch nicht abzugrenzen. Ueber dem Tumor in der Unterbauchgegend ist Dämpfung. Man kann zwischen Tumor und Spina anter. sup. oss. ilei etwa 2—3 cmt. weit mit dem Finger in die Tiefe eindringen.

Per vaginam fühlt man einen Tumor, der das kleine Becken ausfüllt und das rechte Scheidengewölbe verengt. Der Tumor liegt besonders rechts. Dasselbe fühlt man per rectum. Die Portio vaginal. ist normal.

Die Leber beginnt in der Höhe der 5. Rippe und reicht in der Mamillarlinie ca. 3 cmt. über den Nabel nach abwärts. Nach links geht die Leberdämpfung direct in die Milzdämpfung über, letztere ist vergrössert.

Ueber der Clavicula links fühlt man eine Reihe höchstens erbsengrosser druckempfindlicher Tumoren. Ueber der rechten Clavicula ist der Percussionsschall etwas dumpfer als über der linken. Sonst ist keine Dämpfung über der Vorderfläche des Thorax.

Der Spitzenstoss ist intramamillär und deutlich zwischen 4. und 5. Rippe sichtbar. Die Herzdämpfung ist gross, sie reicht ziemlich weit nach links. Die Resistenz ist verbreitert, sie reicht ca. 2 cmt. über die linke Mamillarlinie hinaus.

An der Herzspitze und über den Klappen der Arteria pulmonal. hört man ein schwaches systol. Geräusch ohne Verstärkung des 2. Tones.

Ueber den Lungenspitzen hört man beiderseits vesiculäres Athmen. Die Hinterfläche des Rumpfes ist auch stark icterisch. Die Milzdämpfung reicht beim Aufrechtsitzen bis an die Wirbelsäule heran. Ueber der Hinterfläche der Lungen bemerkt man nichts ab-

normes. Das Sensorium ist frei. Patientin hat häufig Kopfschmerzen, auch bisweilen Summen vor den Ohren. Lähmungserscheinungen fehlen, ebenso Schmerzen beim Athmen und Husten.

Die Kranke klagt über Herzklopfen, was im letzten Vierteljahr sehr schlimm geworden sein soll. Der Appetit ist gering. Patientin hat bitteres Aufstossen.

Der Stuhl ist angehalten und soll hart sein. Der Schlaf ist schlecht. Der Urin zeigt die Gallenfarbstoffreaction und enthält Spuren von Eiweiss.

Die menses sistieren seit einem Jahr. Der Icterus besteht seit drei Wochen. An Krankheiten hat Patientin in ihrem 9. Jahre das Nervenfieber, im 18. die Bleichsucht gehabt. Das jetzige Leiden hat sich vor ca. 3 Jahren entwickelt u. zwar traten zuerst dyspeptische Beschwerden auf. Vor 4 Jahren hat Patientin einmal heftiges Nasenbluten gehabt.

Die Eltern der Patientin sind beide todt; die Mutter ist kurzathmig gewesen. Von den 7 Geschwistern, welche Pat. gehabt hat, sind mehrere gestorben, doch nicht an Lungenkrankheiten.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Blutes fällt auf, dass die rothen Blutkörperchen sehr blass sind und wenig Neigung zur Geldrollenbildung haben; ferner sind die centralen Depressionen sehr tief. Man findet Mikrocythen. Die weissen Blutkörperchen sind relativ vermehrt. Man sieht ferner viele Zerfallsproducte in verschiedenen Formen.

Während der Beobachtungszeit sind die Tumoren gewachsen, der Icterus ist intensiver geworden. Täglich bricht die Patientin coagulierte Reste der Ingesta aus, die Kräfte verfallen mehr und mehr, sub finem vitae

wird das sensorium unklar und am 19. VIII. erfolgt der exitus letalis.

Diagnose:

Magencarcinom mit Metastasen in den Lymphdrüsen, in der Leber und dem Peritoneum, sowie im lig. hepato-duodenale mit Constriction des ductus hepaticus und cysticus. Hydrops und Dilatation der Gallenblase. Dilatation der Gallengänge und Gallenstauung Icterus viridis hepatis mit brauner Atrophie und allgemeiner Icterus. Krebsknoten an der porta lienis mit Milzinfarkt. Braune Herzatrophie. Paremhymatöse Nephritis. Agonale Kothaspiration. Alte Pleuritis. Cystome beider Ovarien mit fibro-sarkomatöser Entartung der Wandungen. Anteflexio uteri. Polyp der Uterusschleimhaut.

Epikrisen zu XIV—XVI:

Fall XV. reiht sich an den vorigen an, nur sind sämmtliche Symptome nicht so prägnant wie dort. Hier handelt es sich auch nicht um einen vollständigen Verschluss der Cardia, sondern nur um eine Stenose, die für flüssige Nahrung noch durchgängig war.

Die andern beiden Fälle sind Pyloruscarcinome, die sich an die vorher besprochenen anschliessen und nichts besonders darbieten, ausser im Falle XIV die Metastasen in der äussern Haut, die nicht gerade sehr häufig vorkommen dürften.